UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER N° 18

FACULTÉ DE MEDECINE

De l'Amibiase Intestinale Chronique

Données Etiologiques, Cliniques et Thérapeutiques

THÈSE

présentée et publiquement soutenue à la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 8 Janvier 1937

PAR

TRAN-VAN-CHI

Diplômé de l'Institut de Médecine Coloniale de Paris
Diplômé d'Hygiène de la Faculté de Médecine de Montpellier

Né à Tân-Duyêt (Camau) province de Baclieu (Cochinchine)
le 10 Décembre 1909

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Examinateurs de la Thèse { MM. VIRES, Professeur, président.
CARRIEU, Professeur.
BAUMEL, agrégé.
CARRERE, agrégé. } assesseurs

MONTPELLIER
IMPRIMERIE MARI-LAVIT
1, Rue de Sauvages

1937

DE L'AMIBIASE INTESTINALE CHRONIQUE

Données Etiologiques, Cliniques et Thérapeutiques

UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER N° 18

FACULTÉ DE MÉDECINE

De l'Amibiase Intestinale Chronique

Données Etiologiques, Cliniques et Thérapeutiques

THÈSE

présentée et publiquement soutenue à la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 8 Janvier 1937

PAR

TRAN VAN-CHI

Diplômé de l'Institut de Médecine Coloniale de Paris
Diplômé d'Hygiène de la Faculté de Médecine de Montpellier
Né à Tân-Duyêt (Camau) province de Baclieu (Cochinchine)
le 10 Décembre 1909

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Examinateurs de la Thèse
MM. VIRES, Professeur, président.
CARRIEU, Professeur.
BAUMEL, agrégé.
CARRERE, agrégé.
Assesseurs

MONTPELLIER
IMPRIMERIE MARI-LAVIT
1, Rue de Sauvages

1937

PERSONNEL DE LA FACULTE

Professeurs

Anatomie	MM. J. DELMAS
Histologie	TURCHINI
Physiologie	L. HEDON
Chimie biologique et médicale	CRISTOL
Physique médicale	PECH
Anatomie pathologique	GRYNFELTT
Microbiologie	LISBONNE,
Pathologie et thérapeutique générales	BOSC
Thérapeutique et matière médicale	BOUDET
Hydrologie thérapeutique et climatologie	PUECH
Hygiène	CARRIEU
Médecine légale et médecine sociale	GAUSSEL
Pathologie médicale et clinique propédeutique	GIRAUD
Clinique médicale	VIRES, ass.
	RIMBAUD
Clinique chirurgicale	MASSABUAU
	RICHE
Clinique obstétricale	P. DELMAS
Clinique des maladies mentales et nerveuses	EUZIERE, doyen
Clin. des mal. des enfants et hyg. du premier âge	LEENHARDT
Clinique de dermatosyphiligraphie	MARGAROT
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	ETIENNE
Clinique des maladies des voies urinaires	JEANBRAU
Clinique gynécologique	LAPEYRE
Clinique ophtalmologique	VILLARD
Clinique d'oto-rhino-laryngologie	TERRACOL
Matière médicale (Ch. de c.)	CABANNES
Radiologie (Ch. de c.)	LAMARQUE
Anatomie (Ch. de c.)	LAUX
Histologie (Ch. de c.)	GRANEL

Honorariat

Professeurs honoraires :

MM. RODET, TEDENAT, VALLOIS
FORGUE, ESTOR, BERTIN-SANS et GALAVIELLE

Chargés de Cours Complémentaires

Pathologie expérimentale	MM. PAGES
Pathologie externe	AIMES
Médecine opératoire	SOUBEIRAN, ag. libre
Accouchements	COLL DE CARREI
Clinique phtisiologique	GAUSSEL, prof.
Clinique propédeutique médicale	BAUMEL
Clinique des maladies contagieuses	JANBON
Stomatologie	Dr WATON

Agrégés en exercice

Chirurgie	MM. AIMES
	MOURGUE-MOLINES
	GUIBAL
	ROUX
Médecine	MM. BOULET
	PAGES
	JANBON
	BAUMEL
	VIDAL
	RIMBAUD
Obstétrique	COLL DE CARRERA
Bactériologie	CARRERE
Ophtalmologie	DEJEAN

Examinateurs de la Thèse

MM. VIRES, Prof. président.
CARRIEU, Professeur.

MM. BAUMEL, Agrégé
CARRÈRE, Agrégé.

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

R. UNIV.
BIBLIOTHEEK
LEIDEN

A LA MEMOIRE

DES MORTS QUI NOUS FURENT CHERS

♣

A NOTRE VÉNÉRÉ GRAND-PÈRE

M. TRAN-VAN-TU

Chef du Canton de Quang-xuyên

province de BACLIEU (Cochinchine)

de 1894 à 1910

Tri-Phu-honoraire du Gouvernement de la Cochinchine

Chevalier de l'Ordre Impérial du Dragon d'Annam

Inscrit au Livre d'Or de la province de BACLIEU

En témoignage de respectueuse et profonde affection.

T.-V.-C.

A MAMAN BIEN-AIMEE

A NOTRE NOBLE PERE

M. TRAN-VAN-DI

Chef du Canton de Quang-xuyên

province de BACLIEU (Cochinchine)

de 1926 à 1934

Dont la vie de travail est toute consacrée au bonheur de leurs enfants.

Qui ont fait de notre éducation et de notre instruction le souci constant et le but unique de leur existence.

Sans leur appui, sans leurs sacrifices et sans leurs encouragements, serions-nous parvenu à ce stade de culture et d'évolution certes peu élevé mais qui suffit pour le moment à notre ambition ?

En retour d'inestimables bienfaits dont les auteurs de nos jours nous ont comblé, pouvons-nous mieux faire, à l'aurore de notre carrière et en attendant de les entourer dans un avenir prochain de soins diligents et dévoués, que de leur offrir, comme un tribut d'amour filial et de reconnnaissance infinie, ce fruit de nos sueurs et de nos veilles, imprégné d'un peu de notre cœur et de notre âme ?

T.-V.-C.

A NOTRE AFFECTUEUX ONCLE

M. LAM-NGOC-CHUONG

Commis Interprète du Service Judiciaire

au Tribunal de Première Instance

de SOCTRANG (Cochinchine)

C'est à cet homme de cœur qui a été notre guide pendant notre prime jeunesse, qui nous a toujours donné l'exemple de la volonté, de l'altruisme, de la droiture et de la dignité et qui considère que la légitime ambition de s'élever par un incessant perfectionnement intellectuel et moral doit être pour chacun le but de sa vie, c'est à cet amant de l'étude et de l'idéal que nous devons d'être initié à la magnifique culture française ainsi qu'aux charmes des belles-lettres annamites.

Puisse cet opuscule lui apporter le gage de notre gratitude et de notre affection inaltérables !

⁂

A TOUS LES MEMBRES DE NOTRE FAMILLE

ET DE NOTRE TRÈS NOMBREUSE PARENTÉ

Nous dédions cordialement ce modeste ouvrage.

T.-V.-C.

A LA FAMILLE DE NOTRE REGRETTÉ CORRESPONDANT ANTOINE BAUMÈS

C'est dans cette atmosphère d'une cordialité franche et réconfortante que nous aurons passé agréablement les plus fécondes années de notre jeunesse, dans la poursuite d'un idéal scientifique.

Nous emporterons en Extrême-Orient le souvenir vivace de la chaude hospitalité de cette vaillante famille française à qui nous nous permettons de dire du fond du cœur : Merci !

T.-V.-C.

Avant-Propos

Entouré de Maîtres dévoués et d'amis véritables, nous avons passé dans cette vieille Ecole de Montpellier, des années d'études qui compteront parmi les plus profitables et les plus heureuses de notre vie.

Aussi, au moment où elles se terminent, nous est-il infiniment agréable de profiter de la traditionnelle occasion pour exprimer notre vive reconnaissance à tous ceux qui, par de précieux enseignements et avec une bienveillance de tous les instants qui n'a d'égale que leur compétence éprouvée, ont contribué à faire venir ce jour appelé de tous nos vœux, qui fait époque dans notre existence et qu'il convient de marquer d'une pierre blanche.

Nous tenons tout d'abord à apporter ici le témoignage de notre respectueuse admiration et de notre profonde gratitude à notre éminent maître, M. le Professeur J. Vires, *qui nous a fait le grand honneur d'accepter la présidence de cette thèse, de nous élever ainsi de quelques degrés dans l'échelle des valeurs humaines, après nous avoir inculqué un peu de son savoir étendu, de son excellente méthode de travail et surtout de cet esprit scientifique qui l'anime comme tous les savants d'Occident, qui ne se con-*

sidère jamais comme définitivement satisfait des résultats obtenus avec plus ou moins de bonheur, qui se renouvelle sans cesse en rénovant inlassablement les expériences, de cet esprit générateur du siècle de la T.S.F. et de l'Aviation..

Que M. le Professeur M. Carrieu *veuille bien trouver ici l'expression de nos vifs remerciements pour le précieux enseignement qui nous a été des plus profitables et la bienveillance dont il a toujours fait preuve à notre égard!*

Notre sympathique maître, M. le Professeur agrégé J. Baumel, *dont nous sommes encore l'assistant, nous a guidé, avec sollicitude et grâce à sa science consommée, à nos débuts dans l'étude si complexe du malade, et c'est en suivant régulièrement son enseignement éclairé et fécond que nous nous sommes pris à aimer particulièrement la Gastro-Entérologie. Il a daigné nous faire profiter de sa longue expérience sur une question qui lui est chère entre toutes en nous suggérant l'idée de ce travail et nous guider de ses conseils éclairés au cours de son élaboration.*

L'heureux couronnement de nos études comme la future réussite d'une carrière dont l'aube point à l'horizon, inutile de proclamer que c'est à ce clinicien émérite que nous en demeurerons redevable. Qu'il veuille bien trouver ici l'expression de notre profond respect, de notre sincère attachement et de notre vive reconnaissance !

Que M. le professeur agrégé L. Carrère *reçoive l'hommage de notre sincère gratitude pour l'affectueuse et bienveillante sympathie qu'il nous a toujours témoignée au cours de nos longues années d'études médicales !*

Nous remercions sincèrement nos maîtres de la Faculté de Médecine et des Hôpitaux de Montpellier qui nous ont prodigué leurs conseils et aidé de leur savoir. Leur précieux enseignement, le bienveillant accueil qu'ils nous ont toujours réservé, ont été pour nous d'un grand secours.

Que nos maîtres de l'Institut de Médecine Coloniale de Paris qui ont pris part à notre instruction, veuillent bien trouver ici l'expression de notre profonde reconnaissance !

Nous ne saurions terminer sans adresser respectueusement, avec nos remerciements sincères, l'assurance de notre attachement indéfectible à nos anciens maîtres du Grand Lycée de Montpellier, du Lycée Chasseloup Laubat de Saïgon, et des Ecoles primaires de Soctrang et de Baclieu, et dire un sincère merci à tous nos amis ici présents et à nos camarades d'études, dont l'amitié nous fut précieuse et réconfortante.

T.-V.-C.

DE L'AMIBIASE INTESTINALE CHRONIQUE [1]
DONNÉES ÉTIOLOGIQUES, CLINIQUES ET THÉRAPEUTIQUES

Introduction et Rappel Historique

A l'heure actuelle, il ne nous est plus permis d'ignorer l'existence de la phase chronique de l'Amibiase intestinale avec ses multiples formes cliniques, si nous voulons en éviter les nombreux méfaits.

La dysenterie amibienne est une infestation intestinale par une amibe pathogène, *l'Entamœba dysenteriæ*. Elle débute par des signes d'un embarras gastro-intestinal bénin : lassitude, inappétence, soif intense, diarrhée assez abondante, langue sale, abdomen sensible, apyrexie. Ces symptômes s'aggravent progressivement, et au bout d'un

---

(1) Nous substituons d'une part, le terme *d'Amibiase* à celui de dysenterie amibienne, car en effet, dans la phase chronique, le syndrome dysentérique fait souvent défaut. De plus, l'importance de ses multiples localisations, les troubles généraux donnent à l'affection bien plus l'allure d'une maladie générale que celle d'une dysenterie au sens strict du mot. Nous employons, d'autre part, les termes *intestinale et chronique* pour montrer que notre étude ne se borne qu'à la localisation de l'affection à l'intestin et que la maladie est à sa phase chronique.

certain temps, c'est le syndrome dysentérique qui se forme, caractérisé par des *douleurs abdominales* très vives, occupant toute la région colique surtout dans la fosse iliaque gauche, véritables tranchées procédant par crises de durée plus ou moins longue, calmées momentanément par une défécation.

Ces violentes coliques se compliquent souvent *d'épreintes*, ou douloureuses envies d'aller à la selle sans résultat parfois. On note quelquefois du *ténesme*, véritable spasme du sphincter de l'anus pouvant s'étendre à d'autres muscles du périnée : sphincter de la vessie, etc... et ne s'observant que s'il existe des ulcérations rectales. A côté de ces symptômes subjectifs, se remarque un seul symptôme objectif caractérisé par les *selles émises*. Elles sont glaireuses, sanguinolentes, comparées classiquement à du frai de grenouille, à de la raclure de boyau, ou rappelant parfois le blanc d'œuf, la graisse semi-fluide ou le crachat rouillé du pneumonique. Ces selles typiques, fréquentes en général (10 à 20 par 24 heures) mais très peu abondantes, ne contenant pas de particules alimentaires, sont surnommées « crachats rectaux ». Il ne faut pas oublier que le dysentérique est un constipé. (*Dysenterie vient de deux mots grecs, dus-enterein qui signifient aller difficilement à la selle*). Ces manifestations paroxystiques représentaient autrefois le type clinique de la dysenterie, et c'était contre elles qu'était dirigée la thérapeutique. La crise passée, le malade était considéré comme guéri. Aujourd'hui cette croyance est périmée et c'est une grave erreur que d'y persister. On admet en effet que, comme la syphilis et le paludisme, l'*amibiase est essentiellement chronique*. Sous l'action d'un traitement adéquat, la crise dysentérique s'apaise au bout de quelques jours, mais l'amibe continue sournoisement ses méfaits : lésions intestinales, définitives, incurables ; complications viscérales graves surtout complications hépatiques.

Le diagnostic dans cette phase chronique est difficile à établir. En effet, le syndrome dysentérique est loin d'être constant ici et ne s'observe avec netteté que dans la phase aiguë de la maladie où l'on note des symptômes d'entérite plus ou moins importants. Même dans ce dernier cas, on voit que les accidents intestinaux sont parfois relégués au second plan, passent inaperçus, parce que masqués par des complications hépatiques ou autres.

La notion de la chronicité et du polymorphisme clinique de l'Amibiase est de la plus haute importance pratique au double point de vue du diagnostic et du traitement. C'est en effet le plus souvent pour l'une des formes cliniques que nous étudierons plus loin que les amibiens chroniques vont consulter et il importe au médecin de reconnaître l'affection sans en attendre une crise. On ne saurait trop répéter qu'il ne faut pas compter exclusivement sur le syndrome dysentérique pour poser le diagnostic d'amibiase et que le malade peut même contracter celle-ci sans être un colonial. De même, il est recommandé de ne pas abandonner la lutte contre l'amibe dès que le syndrome dysentérique est jugulé, mais de continuer à traiter l'Amibiase comme la syphilis systématiquement, jusqu'à complète guérison.

⁂

Observée sans doute depuis fort longtemps, l'Amibiase intestinale a été souvent confondue avec d'autres maladies cliniquement voisines, car le syndrome dysentérique, traduisant une inflammation rectale, peut être dû non seulement aux amibes, mais aussi à des agents pathogènes

divers : bacilles, flagellés, infusoires et helminthes. On le retrouve également dans le cancer du rectum, au cours des rétrécissements rectaux, etc...

Ce n'est qu'en 1587 que Soares de Sousa a remarqué que l'ipécacuanha avait agi favorablement sur les diarrhées muco-sanguinolentes observées au Brésil.

En 1859, Lambl découvrit des amibes dans les selles.

Le mérite revient toutefois à Lösch, qui, en 1875 fournit la première description de l'amibe dysentérique baptisée par lui-même du nom *d'Amœba Coli* et réussit à transmettre au chien la dysenterie, en partant des selles de dysentériques.

En 1883, Koch décrit l'ulcère dysentérique en Egypte.

Kartulis, en 1885, a démontré la présence constante d'amibes dans l'intestin des malades atteints de dysenterie amibienne et dans les parois de l'abcès tropical du foie. L'année suivante, il a montré les caractères différentiels des dysenteries amibienne d'une part et bactérienne d'autre part.

En 1891, Councilman et Lafleur, à Baltimore, ont étudié la morphologie de l'amibe et l'ont appelée : *Entamœba dysenteriæ* qui porte leur nom.

Cependant le rôle pathogène des amibes restait à démontrer.

En 1892, Kovacz réussit à inoculer la maladie au chat. Kruse et Pasquale en Italie, distinguèrent en 1892 et 1893 une amibe des individus sains : *l'Entamœba Coli*, non pathogène pour le chat et une amibe des dysentériques : *l'Entamœba dysenteriæ* pathogène pour cet animal.

En chauffant les selles des malades à 45° pendant trente-cinq minutes, en 1899 au Sénégal, Marchoux détruit les

amibes et non les microbes. Il inocule ces selles au chat qui demeure indemne de contamination alors qu'au contraire, les selles non chauffées déterminent chez les témoins une dysenterie typique.

En 1903, ces données si précises furent confirmées par Schaudinn qui embrouilla malheureusement la question par de nombreuses synonymies de l'amibe dysentérique.

Longtemps considérée comme relevant uniquement de la pathologie exotique, l'Amibiase intestinale existait cependant en France, chez des sujets n'ayant jamais été aux colonies. En 1904, Dopter publia un cas de dysenterie autochtone à la Société médicale des Hôpitaux de Paris. En 1906, Guiart a montré qu'il y avait lieu d'admettre les données de Councilman et Lafleur et celles de Kruse et Pasquale.

H. Vincent attire en 1909, l'attention sur les porteurs sains de parasites, véritables « semeurs d'amibes sains » dans la dissémination de la maladie. Mathis signale l'existence de périodes négatives chez ces porteurs de germes.

Malgré des publications sur les formes atypiques que revêtait l'Amibiase dans les régions tempérées de Dopter, Baudin, Lesage et Bobillier, Caussade et Joltrain, Billet, Paviot, Garin, Galliard et Brumpt, les cas autochtones restaient des curiosités cliniques.

Dès 1913, Chauffard avait soupçonné que cette affection, à cause de son polymorphisme clinique, restait méconnue et qu'elle devait être plus fréquente en France qu'on ne le croyait et qu'elle pourrait y prendre une extension considérable.

La Grande-Guerre vint confirmer ses prévisions. Elle fut même l'une des causes de la propagation importante de

cette maladie dans les contrées tempérées, en mettant des troupes de couleurs porteuses de germes en contact avec celles de la métropole. RAVAUT et KROLUNITZKY signalent en 1915 une épidémie de dysenterie sur le front nord français, importée sans doute par des soldats de l'Afrique ; un grand nombre de cas sont observés un peu partout dans les pays tempérés. Les troubles intestinaux étiquetés de « diarrhée des tranchées » n'étaient en réalité que des formes « camouflées » de dysenterie amibienne suivant un terme de RAVAUT. C'est ce dernier qui eut le mérite d'établir la fréquence de *l'Amibiase autochtone*, décrivit ses multiples aspects cliniques, indiqua le moyen de recherche des kystes amibiens et donna les directives de son traitement.

Des études entreprises, devait sortir la notion de la fréquence des *porteurs de kystes* dans la dissémination de la maladie.

SHIMURA en 1918, remarqua que certains kystes tétragènes n'étaient pas pathogènes, et en 1925, BRUMPT donna le nom d'*Entamœba dispar* à cette variété non pathogène.

Bien avant la guerre, le traitement de l'Amibiase se bornait à la fameuse découverte de SOARES DE SOUSA, c'est-à-dire à l'ipéca. Ce n'est qu'en 1912, que L. ROGERS de Calcutta, après les expériences de VEDDERS, préconisa l'emploi de l'émétine (surtout sous forme de chlorhydrate) qui avait été isolée en 1817 par PELLETIER DE MAGENDIE, et dont l'usage est adopté par tout le monde.

En 1913, DOPTER conclut que :

1° L'émétine n'agit que sur les lésions provoquées directement par l'Amibe.

2° L'émétine, qui jugule si rapidement la crise dysentérique, ne met pas à l'abri des rechutes.

3° L'émétine ne préserve pas de l'abcès hépatique les dysentériques paraissant guéris.

Sous l'impulsion de Chauffard et d'autres auteurs qui préconisaient vers la même époque la méthode des traitements successifs par l'émétine, comme pour la syphilis et le paludisme, afin d'éviter les rechutes après guérison, ce médicament occupait une place prédominante dans la thérapeutique anti-dysentérique. On croyait trouver une panacée, mais il a fallu en rabattre, car très efficace dans les manifestations de primo-infestation ou dans les accès paroxystiques, ce médicament ne préverve pas des rechutes et de plus il n'agit pas dans les cas chroniques. Il doit dans l'Amibiase intestinale chronique céder le pas aux arsénicaux qui seuls sont capables de stériliser définitivement le malade et de le mettre ainsi à l'abri de nouvelles rechutes. (Jean Baumel).

Dès 1911, Milian a guéri avec le 606 une dysenterie amibienne datant de 8 mois et résistant aux divers traitements classiques connus à cette époque, chez un malade atteint également de syphilis. Pour lui, le 606 en injections est le médicament spécifique de la crise dysentérique. A cette époque, la cure d'entretien par les arsénicaux n'était pas systématiquement appliquée, l'agent infectieux persistait toujours dans l'organisme sous forme de kystes tétragènes qui résistaient à tous les moyens thérapeutiques dont on disposait. En 1916, Ravaut, se basant sur l'activité du Novarsénobenzol contre les protozoaires, l'employa contre l'Amibiase et se fit le protagoniste des cures émétino-arsénicales. Ce même auteur et Charpin ont montré que c'est la voie d'absorption qui importe bien plus que le choix du médicament. Ils ont conclu que les injections intra-veineu-

ses ou intra-musculaires conviennent aux phases aiguës et la voie buccale est tout indiquée dans la phase chronique. Cette association médicamenteuse donna des résultats inégaux.

Les découvertes thérapeutiques : YATREN par MULHENS, en Allemagne en 1921 et surtout STOVARSOL par MARCHOUX en 1923 ont enfin beaucoup influé sur le traitement de l'amibiase.

⁂

Nous n'insistons pas sur *la répartition géographique* de l'Amibiase intestinale chronique. Il est admis aujourd'hui que cette affection qui est l'apanage des pays chauds et humides, n'est pas aussi rare qu'on le croit dans les contrées tempérées où elle fut importée au cours de la Grande-Guerre par les troupes coloniales et exotiques, ou par les militaires revenus de l'armée d'Orient et elle s'est acclimatée, entretenue par d'incessants apports de virus, par suite de nouvelles conditions économiques. Cette notion nous incite donc à entreprendre des recherches coprologiques ou rectoscopiques dans les cas de colopathies qui ne font pas leurs preuves ou à instituer un traitement d'épreuve qui produira une amélioration significative si l'infestation amibienne est bien mise en cause.

⁂

Ainsi conçu, ce travail n'a pas la prétention d'être une étude complète de l'Amibiase qui est devenue très complexe. Nous préférons limiter notre sujet à l'Amibiase chronique purement intestinale.

Nous étudierons tout d'abord les *conditions étiologiques* en insistant tout particulièrement sur la cause déterminante, et les *données cliniques*, puis nous rappellerons la *pathogénie* et *l'anatomie pathologique*. Nous ne parlerons que très brièvement des complications d'ordre intestinal et des localisations extra-intestinales de l'affection, car leur exposé déborderait par trop le cadre de notre travail.

Nous aborderons ensuite le *diagnostic*, la *prophylaxie* et surtout le *traitement* de l'Amibiase intestinale chronique.

Faut-il ajouter que les *observations* sur lesquelles nous nous sommes basé pour décrire les formes cliniques de l'Amibiase, sont en partie glanées dans la littérature médicale et en partie puisées dans les directives reçues de notre maître, le Professeur agrégé Baumel pendant les années où nous avons suivi régulièrement son enseignement de Gastro-Entérologie ?

CHAPITRE PREMIER

Conditions Etiologiques

I. — CAUSES FAVORISANTES

Il y a peu à dire sur l'influence de l'âge, du sexe, de la race et des saisons. On observe la maladie à tous les *âges* et dans les deux *sexes*. Toutes les *races* peuvent en être atteintes et l'affection se déclare à n'importe quelle *saison*.

La cohabitation est favorable à la contamination. Les conditions hygiéniques défectueuses, la mauvaise alimentation ou les écarts de régime sont également des causes capables de favoriser l'éclosion de cette maladie.

II. — CAUSE DETERMINANTE

C'est la forme kystique de l'*Entamœba Dysenteriæ* et elle seule qui doit être incriminée dans la production de l'Amibiase intestinale chronique.

L'Entamœba dysenteriæ trouvée dans les selles dysentériques dans les ulcérations intestinales et aussi dans les parois d'abcès du foie d'origine dysentérique, décrite par Lösch, Kartulis, Councilman et Lafleur, est un être microscopique, hyalin, mesurant de 20 à 30 μ, dépourvu de membrane d'enveloppe ou cellulaire, de forme irrégulière par suite de la formation et de la rétraction constante de prolongements protoplasmiques appelés pseudopodes. A l'état de repos l'amibe a une forme sphérique ou ovoïde. Cette mase protoplasmique est caractérisée par un noyau peu visible ou même invisible à l'état frais, facile à mettre en évidence par l'hématoxyline ferrique dès que l'Amibe vient à mourir, et deux couches bien distinctes : une couche périphérique (ectoplasme) hyaline, nette, bien distincte de la couche interne (endoplasme) granuleuse et vacuolaire. Le cytoplasme est, en général, libre d'inclusions, quand il existe des vacuoles alimentaires, celles-ci renferment le plus souvent des débris cellulaires et surtout des hématies fragmentées. La chromatine est à la périphérie et le karyosome au centre.

Cette Amibe présente chez les porteurs sains ou convalescents un type *minuta* d'Elmassian non hématophage, distinct du type *histolytica* de Schaudinn qui est hématophage et pathogène. La forme *minuta*, toujours de petite taille : 15 à 25 μ de diamètre, est peu mobile, présentant des pseudopodes épais, un noyau invisible, à l'état frais et

des vacuoles alimentaires plus petites que celles de l'Entamœba Coli qui lui ressemble ; après coloration, elle se distingue de cette dernière par son karyosome qui est presque toujours central ou sub-central au lieu d'être excentrique. Sous cette forme non pathogène, cette amibe vit dans la lumière du gros intestin où elle se nourrit de bactéries et de débris divers. La forme *histolytica* pathogène et hématophage s'observe également dans la lumière du gros intestin ainsi que dans les ulcérations qu'elle détermine dans cette partie de l'intestin. Son rôle pathogène ne fait pas de doute ; il est prouvé par la virulence des selles dysentériques renfermant cette amibe, selles qui inoculées dans le rectum d'un jeune chat, provoquent une dysenterie mortelle avec lésions ulcéreuses caractéristiques du gros intestin parfois compliquées d'abcès du foie, il est encore prouvé par la perte de cette virulence lorsque les matières fécales ont été chauffées à 45° de façon à tuer les amibes.

On admet généralement deux cycles dans l'évolution de cette amibe :

1°) *Un cycle normal ou non pathogène.* — L'amibe se reproduit par simple division (reproduction asexuée) à la surface de la muqueuse intestinale à l'état normal chez les porteurs sains d'amibes. A un moment donné, après un certain nombre de ces divisions, ce mode de reproduction par scissiparité ne peut plus se produire ; cette amibe du type *minuta*, pour s'enkyster, se contracte et diminue de taille. A ce moment, elle est libre de toute vacuole alimentaire ; elle s'arrondit, s'entoure d'une membrane puis s'enkyste. Le protoplasme renferme des blocs très réfringents, donnant les réactions de la chromatine, prenant fortement les sels de fer et qu'on appelle corpuscules chromatoïdes ou cristalloïdes ou encore inclusions sidérophi-

les. En même temps se forme une vacuole à glycogène, qui se colore en brun par la solution iodo-iodurée ; tandis que son noyau relativement grand, se divise en deux, puis chacun de ceux-ci en deux autres et ainsi se forme le kyste mûr à quatre noyaux secondaires. La vacuole, ainsi que les inclusions sidérophiles, disparaissent peu à peu en l'espace de quelques jours, et le kyste qui a un diamètre variant de 5 à 15 μ, à paroi mince, lisse et incolore, se colore uniformément en brun pâle par l'iode. Cet état kystique est susceptible de rester ainsi longtemps. Supposons ce kyste avalé par l'homme. L'acide chlorhydrique dans l'estomac attaque sa membrane mais ne la digère pas. Arrivé au grêle, il verra sa membrane digérée et on a des formes végétatives qui sont de jeunes amibes dans le côlon. Ce cycle peut s'accomplir chez les sujets en bonne santé aparente ou ne présentant que des troubles minimes. L'amibe pénètre dans la paroi intestinale en détruisant probablement les cellules grâce à la sécrétion d'un ferment cytolytique qui les dissout. Mais normalement le tissu se régénère au fur et à mesure qu'il est détruit et il y a équilibre entre le parasite et l'organisme. C'est le cas des simples porteurs d'amibes, qui ne peuvent être diagnostiqués sans un examen des matières fécales. Mais si par hasard, sous des influences mal connues : maladies intercurrentes, associations parasitaires, etc..., le milieu intestinal est anormal par ses sécrétions et sa flore, modifiant ainsi la biologie de l'amibe, il en résulte une rupture de l'équilibre, un conflit entre le parasite et son hôte, conflit qui est nuisible à tous les deux, provoquant cliniquement le syndrome dysentérique. On a alors :

2°) *Un cycle anormal ou pathogène.* — L'Amibe grandit, se nourrit d'hématies. Cette transformation s'observe chez l'homme une fois sur dix porteurs environ dans les pays où la dysenterie est endémique. Ce type d'amibe est dit

histolytica, se multiplie activement, par scissiparité, provoque la dysenterie classique. Les kystes sont éliminés avec les glaires provenant de l'irritation intestinale qu'ils provoquent. Par ingestion ou par inoculation de ces kystes mûrs, le chat s'infeste. Sous des influences diverses, lorsque l'état du malade s'améliore, l'amibe hématophage peut revenir au type minuta, se transformant progressivement en kystes à 4 noyaux et ainsi se perpétue l'espèce.

L'amibe dysentérique n'a été cultivée qu'en 1924 par W. C. Boeck et J. J. Drbohlav, un Américain et un Tchèque, aux Etats-Unis. Ces expériences ont été répétées ensuite à Londres et enfin à Paris par ce dernier. On peut utiliser soit le milieu de culture de Boeck-Drbohlav (Locke-œuf-albumine) soit le milieu de Deschiens-Kipchidze (gélose nutritive de pH 7 recouverte d'eau physiologique ou de liquide de Ringer de pH 7-7, 6 tenant en suspension un double aliment figuré : poudre de poisson ou de muscle de bœuf et d'amidon de riz) dont la préparation est assez compliquée.

Il ne faut pas confondre cette amibe dysentérique avec les autres amibes qui peuvent habiter l'intestin normal et qui deviennent exceptionnellement pathogènes, ainsi que nous le verrons à propos du diagnostic.

En résumé l'Entamœba dysenteriæ hématophage et pathogène existe sous deux formes : une forme végétative représentée par le parasite adulte fragile pouvant donner une dysenterie aiguë dont la guérison spontanée ou thérapeutique est apparente (Jean Baumel), car en réalité, la dysenterie passe à l'état chronique ou peut se réveiller d'un moment à l'autre sous l'action des facteurs divers, et la cause déterminante de cette chronicité est le kyste, véritable forme de résistance du parasite, capable d'engendrer la contagion et la persistance de l'amibiase intestinale chronique.

III. — FACTEURS DE DISSEMINATION

Les modes de contamination sont fort nombreux.

Parlons d'abord des *porteurs sains de kystes.* — D'après Brumpt (Comptes rendus de la Société de Biologie, Paris, 16-11-1918) 20-25 % des hommes sains sont porteurs de kystes au bout d'un séjour tant soit peu prolongé dans une région dysentérique. A côté des malades expulsant des kystes avec leurs selles, nombreux sont les porteurs sains qui hébergent dans leurs intestins des kystes amibiens sans en être incommodés le moins du monde. Ces individus sont d'autant plus dangereux qu'ils ne sont jamais astreints à un examen coprologique, qu'ils vivent librement et qu'ils disséminent à loisir sans s'en douter autour d'eux les kystes évacués avec leurs selles qui ne sont, et pour cause, jamais désinfectées. Or, avons-nous dit, ces kystes résistent longtemps aux intempéries et peuvent se développer si, avalés par un être humain, ils trouvent dans son tube digestif un terrain favorable. Ces individus sont très dangereux. Mais il semble que l'amibe dysentérique peut vivre dans l'intestin de l'homme sans que la maladie se déclare. Il s'agit en effet des formes non pathogènes, décrites par Brumpt, sous le nom d'*Entamœba dispar*, tout à fait semblables quant à la morphologie, aux formes végétatives et de résistance, à l'Entamœba dysenteriæ dont seule la forme hématophage engendre l'amibiase intestinale.

Dès que le diagnostic de porteurs sains de kystes est fait, il ne faut pas hésiter à les traiter et cela vaut mieux, car nous ne savons jamais ou plutôt nous ne savons que trop ce que deviendront ces kystes. Ces formes non virulentes,

peuvent en effet vivre dans notre organisme sans y produire le moindre trouble jusqu'au jour où, certaines conditions que nous ignorons, se trouvant réunies, elles deviennent soudain pathogènes et c'est l'Amibiase qui évolue.

En l'état actuel de nos connaissances, *le seul réservoir de virus est l'homme*. Toutefois, Franchini, en Italie, a signalé une épidémie de dysenterie amibienne ayant atteint les chats de toute une région. Les chiens, les rats, les blaireaux, les singes-araignées pour les uns, les gorilles et les macaques pour d'autres seraient également des réservoirs de virus.

Quant au rôle des mouches, dans le transport des kystes amibiens, les opinions sont diverses. Les uns pensent qu'elles ne sont pas à craindre, d'autres leur attribuent au contraire une action prépondérante dans la propagation des germes.

A notre humble avis, il faut plutôt croire que le réservoir humain est le seul avec lequel il faille compter, les animaux intervenant indirectement (souillure de l'eau et des légumes) dans la dissémination de l'Amibiase intestinale.

Nous avons déjà signalé que les formes végétatives de parasites évacuées dans les selles meurent sans pouvoir s'enkyster hors de l'intestin. Même avalées vivantes, le suc gastrique les digère. Elles ne pourraient agir que par inoculations intra-rectales. D'où le danger de l'emploi des thermomètres médicaux et des canules à lavement ayant servi aux amibiens et insuffisamment désinfectés.

En tout cas, la contamination se fait, presque toujours

par absorption des formes de résistance : kystes qui résistent bien aux intempéries, à l'humidité en particulier et qui ne sont tués que par dessiccation à la lumière. C'est ce qui explique la prédominance de la maladie pendant la saison des pluies.

Notons, en résumé, la contagion interhumaine par la promiscuité immédiate, par les porteurs malpropres de kystes. La contagion peut se faire aussi par l'intermédiaire de l'eau de boisson non filtrée et polluée par des matières fécales d'individus malades ou de porteurs sains et par celui des légumes crus, souillés et mal lavés. En employant comme engrais les déjections humaines, la pratique de l'épandage contribue pour une large part à répandre l'amibiase, ainsi d'ailleurs que de nombreuses maladies parasitaires du tube digestif. Les kystes se conservent dans le milieu humide dans des conditions excellentes et peuvent être transportés dans nos aliments par les vents ou les poussières.

CHAPITRE II

Données Cliniques

La symptomatologie de l'amibiase intestinale chronique, en raison de multiples formes qu'elle revêt, depuis les troubles intestinaux ordinaires jusqu'au syndrome dysentérique, considéré par erreur par la plupart des médecins comme la forme typique et unique de l'Amibiase intestinale, est plus complexe qu'on ne le pense.

Forme Classique

Il est hors de doute que l'amibiase intestinale chronique peut apparaître *d'emblée* le jour où le malade expulse des kystes. Elle peut être précédée d'une période de diarrhée simple plus ou moins prolongée à laquelle succède le syn-

drome dysentérique de courte durée, laissant place de nouveau à des troubles diarrhéiques ou pseudo-diarrhéiques avec de temps à autre des selles glaireuses, grisâtres, striées plus ou moins de sang. Les poussées de dysenterie et de diarrhée pouvant ensuite alterner.

Elle peut *succéder aussi à la phase aiguë.* Les rechutes sont fréquentes, caractérisées alors par les mêmes symptômes mais plus atténués, entrecoupés de poussées dysentériques et de périodes d'accalmie qui persistent des mois ou même des années.

Quels sont donc ces symptômes ? C'est ce que nous allons nous efforcer de schématiser :

Les *douleurs abdominales* sont variables ; elles sont soit généralisées à tout le gros intestin, soit localisées suivant le siège des lésions, toujours au même endroit : cœcum, angles coliques, côlon transverse, côlon descendant et sigmoïdien, rectum. Si la lésion siège au cœcum, les troubles intestinaux se réduisent à des alternatives de diarrhée et de constipation avec un peu de douleur dans la région cœcale simulant ainsi la typhlite ou l'appendicite chronique ; ou bien elle se localise au rectum, produisant la rectite caractérisée par l'expulsion de selles moulées, enduites de mucus. Ces lésions persistantes sont minimes et répondent, d'après Kelsch et Kiener à l'existence d'ulcères torpides ordinairement peu nombreux, parfois même solitaires.

Ces douleurs, — soit rétro-vésicales, soit de coliques passagères, — sont spontanées, apparaissant après le repas ou au moment où le malade éprouve le besoin d'aller à la selle et disparaisant immédiatement après, ou provoquées par une pression manuelle exercée dans la fosse iliaque gauche au niveau du côlon et surtout de l'S iliaque, quelquefois au niveau du creux épigastrique. La vio-

lence des coliques est en rapport direct avec l'intensité de l'affection et traduit plutôt les lésions du cœcum et du côlon, alors que celle du ténesme paraît dépendre de l'importance des lésions rectales caractérisées par des épreintes douloureuses dans la région anale, un besoin impérieux et incessant de défécation, qui ne sont cependant le plus souvent que de fausses envies, car le malade n'émet en général qu'une minime quantité de selles glaireuses appelées crachats rectaux.

Les *selles*, de réaction alcaline, moins fréquentes que dans la phase aiguë, — 2 ou 3 par jour, surtout le matin, — de consistance variable, sont soit normales, pâteuses ou diarrhéiques, quelquefois enduites de mucus qui leur donne un aspect vernissé, striées de sang ou de pus, d'odeur fade ou peu fétide.

Il y a des amibiens dont les crises sont espacées, tandis que chez d'autres, elles se font plus fréquentes.

Dans le premier cas, on note une amélioration de l'appétit et une marche régressive de l'amaigrissement. Par contre, on remarque un teint plombé, des traits tirés, des rides, des yeux agrandis, un visage bistré comme chez les paludéens, de l'essoufflement, de la tachycardie d'effort, une certaine frilosité. Les coliques douloureuses sont remplacées par des douleurs sourdes et des brûlures. Le palper abdominal est douloureux et permet de sentir sur le côlon transverse ou sur le côlon descendant un corps dur: c'est le phénomène de la corde tendue ou corde dysentérique. Les selles, peu fréquentes : 1 ou 2 par jour dans la matinée mais provoquées par un besoin impérieux, sont pâteuses, d'aspect brillant et vernissé.

Dans le deuxième cas, les malades sont sensibles au froid, ils éprouvent de l'anxiété respiratoire et des douleurs abdominales, et ont la sensation de bouchon de l'S

iliaque. Le malade se replie sur lui-même ou se couche sur le côté les jambes fléchies en chien de fusil comme les méningitiques pour immobiliser le plus possible son abdomen rétracté et douloureux. Les selles sont liquides, purulentes, brillantes. Le moindre écart de régime ou le moindre froid peut déclencher une récidive due à la formation de nouvelles amibes aux dépens des kystes. Puis les récidives deviennent de plus en plus rapprochées, l'état général, en rapport avec la gravité de la maladie, périclite à la longue, entraînant une anémie avec faciès terreux, yeux excavés, traits tirés, une asthénie profonde et un amaigrissement progressif aboutissant rapidement à la cachexie amibienne. Celle-ci est caractérisée, en plus des symptômes précédemment mentionnés, par une peau sèche, terreuse et bronzée, une langue sale, pâteuse le matin, rouge, lisse, luisante, fendillée, une haleine fétide et un ventre flasque, excavé. Il y a en plus de l'oligurie, de la douleur à la miction, souvent de l'érysipèle, de la stomatite, des œdèmes et des escarres. Le malade est d'une maigreur extrême et devient comme un squelette vivant. La maladie, non compliquée, est apyrétique jusqu'à la mort. Cette forme chronique est caractérisée par des poussées d'entérite entre lesquelles les fonctions intestinales s'accomplissent à peu près normalement. Il n'y a ni perte d'appétit, ni diminution d'intelligence.

L'éosinophilie sanguine, d'ailleurs inconstante, est peu marquée, mais parfois très élevée, puisqu'on a vu dans certains cas la proportion des globules blancs à granulations éosinophiles atteindre 30, quelquefois 40 pour 100, au lieu de 1 pour 100 ou 200, chiffre normal.

Telle est d'une façon schématique, la forme clinique classique de l'Amibiase intestinale chronique. « Parvenue à ce degré, l'affection ne peut avoir qu'une issue fatale ; celle- ci a lieu par l'épuisement progressif du malade qui,

sans agonie s'éteint d'inanition comme une lampe manquant d'huile ». (Vaillard).

Il est très important de savoir que pratiquement la maladie ne se présente pas toujours avec cette netteté qui ne s'applique qu'à un cas tout à fait typique et qu'on observe souvent des cas frustes pour lesquels le médecin n'est même pas consulté. C'est dire combien dans les pays où l'Amibiase est endémique, doit être en éveil la perspicacité du médecin pour ne pas faire d'erreurs de diagnostic.

L'Amibiase intestinale chronique présente, à part la forme classique que nous venons d'étudier, des formes cliniques atypiques très diverses :

Troubles intestinaux ou gastro-intestinaux variés

Une première catégorie de faits s'observent chez des malades qui se plaignent :

a) Les uns d'une *sensibilité abdominale* généralisée ou localisée à la fosse iliaque gauche ou droite, au côlon transverse. Les selles sont soit normales, soit légèrement vernissées ou moulées et dures avec présence de quelques glaires. Souvent il y a des alternatives de diarrhée et de constipation ; la langue est sale, le plexus solaire sensible, le foie et la rate normaux. Parfois, on peut noter : Mac Burney sensible, corde colique dans la fosse iliaque gauche, teint terreux, anémique, asthénie, amaigrissement, appétit capricieux ;

b) Les autres de *coprostase* (Ravaut et Charpin), c'est-à-dire de constipation opiniâtre et de tympanisme abdominal.

Une seconde catégorie de faits se remarquent chez des malades qui souffrent à la fois de l'intestin et de l'estomac. (*Cf : Observations* I, II, III, IV et V, pages 117-122).

Troubles Gastriques

Ils simulent la dyspepsie hyper ou hyposthénique : anorexie complète, ballonnements gastriques accompagnés souvent de brûlures et de pyrosis, de nausées matutinales, régurgitations amères ou fétides fréquentes, vomissements sans horaire fixe, parfois rebelles. Hypochlorhydrie avec acides de fermentation, sensibilité de pesanteur douloureuse, de douleur épigastrique après ingestion alimentaire ; aucune douleur abdominale ; selles irrégulières tantôt pâteuses, tantôt normales ; léger amaigrissement ; langue saburrale ; corde colique palpable dans la fosse iliaque gauche ; plexus solaire sensible, foie et rate normaux. « Les douleurs épigastriques sont d'origine colique aussi souvent que d'origine gastrique ; on recherchera les autres signes d'une réaction colique, les douleurs dans les flancs et les fosses iliaques, surtout à gauche, la corde colique, les modifications des selles » (Charpin). Les phénomènes gastro-intestinaux peuvent s'expliquer soit par les troubles de sécrétion des glandes digestives, soit par un réflexe colo-gastrique. (Cf : *Observations* VI, VII, VIII et IX, pages 123-126).

Manifestations Hepatiques

« Il faut chez les Amibiens, penser toujours à la possibilité d'une hépatite, surveiller leur foie comme on surveille

le cœur des rhumatisants, le système nerveux des syphilitiques ». (CHARPIN).

L'hépatite amibienne est une véritable métastase. Le sang entraîne les amibes de l'intestin dans le foie, par la circulation porte. Elle complique souvent les dysenteries légères non traitées ou insuffisamment traitées dès le début et même méconnues à tel point qu'elle peut alors passer pour une localisation initiale de l'Amibiase. Les symptômes les plus importants qui nous font soupçonner cette complication sont la douleur et la fièvre survenant au cours de la maladie qui est d'ordinaire apyrétique. La douleur peut être brutale rappelant la colique hépatique avec irradiation dorsale droite avec ou sans diarrhée. Quand il y a des soupçons, il faut faire un tubage duodénal en vue de rechercher les amibes ou leurs kystes et instituer un traitement d'épreuve, car comme la réaction de B. W. dans la syphilis, la rectoscopie est négative, ou montre quelquefois une pâleur, une hyperémie avec de petites ulcérations de la muqueuse et la recherche de kystes dans les selles est aussi négative. (Cf : *Observations* X, XI et XII, pages 127-130)

FORME APPENDICULAIRE

La maladie réalise le syndrome douloureux de la fosse iliaque droite : douleur au niveau du point de Mac Burney, troubles digestifs vagues, quelques vomissements. Les ulcérations siègent dans la région cœcale. C'est la typhlite ou forme pseudo-appendiculaire. Elle est considérée par HEUYER et LEVEUF comme un réveil d'ulcérations du cœcum. Le diagnostic erroné d'appendicite est évité par les examens coprologique et rectoscopique, ou le traitement d'épreuve. Quelquefois, les amibes pénètrent jusqu'à la

sous-muqueuse en entraînant avec elles les colibacilles, d'où formation d'abcès (Cf : *Observations* XIII, XIV et XV, pages 130-134).

Forme Diarrheique

Diarrhée rebelle étiquetée : « Entérite, entéro-colite muco-membraneuse ou gastro-entérite ».

Les selles sont soit glaireuses, soit muco-membraneuses. Les malades, dit-on, font «des peaux». On observe ensuite des matières parfois crémeuses, souvent mousseuses. Enfin, on peut n'observer qu'une diarrhée banale. Ces diarrhées amibiennes sont minutieusement décrites par Mattéi et Bloch. « Nous avons observé ces formes diarrhéiques chez un peu plus d'un vingtième de nos malades. Il semble donc nécessaire de reviser le groupe confus des entérites et des entéro-colites glaireuses, muco-membraneuses ou même banales : l'Amibiase en réclamera certainement une partie qui ne sera pas négligeable ». (Charpin). (Cf : *Observation* XVI, page 134).

Forme Rectale

Les irradiations de la rectite vers le périnée font croire à une cystite ou une prostatite. (Cf : *Observation* XVII, page 135).

Flandin a bien décrit la recto-colite sèche, caractérisée par de la constipation opiniâtre avec douleurs abdominales vagues ; sensation d'une atonie rectale complète ; selles peu abondantes, sèches, dures, parfois scyballes ou conte-

nant de temps à autre de glaires en quantité minime ou de membranes de muqueuse.

La restoscopie montre une muqueuse sèche, lisse, rouge, rayée de petites ulcérations en coups d'ongle.

Forme Pseudo-Tuberculeuse

Elle est caractérisée par de la fièvre continue et de la cachexie. Aucun appareil ne semble particulièrement touché. L'Amibiase habituellement apyrétique évolue alors sans signes intestinaux, dominants, sous le masque d'une infection subaiguë, sans détermination précise. (Cf : *Observation* XVIII, page 135).

Forme Pseudo-Neoplasique

On note de l'amaigrissement et des troubles locaux si graves qu'on croirait avoir affaire à un néoplasme.
(Cf : *Observations* XIX, XX et XXI pages 136-139).

Forme Hemorragique

Le sang est rouge, non mêlé aux selles qui sont le plus souvent dures. Rarement les matières sont diarrhéiques ou pâteuses et mêlées de sang. Ces hémorragies sont assez abondantes, parfois fréquentes et très graves si le vaisseau lésé est important, entraînant ainsi une anémie considérable. Elles sont dues à la rupture d'un vaisseau atteint par

le processus ulcératif et surviennent lors de la défécation. Elles s'améliorent assez vite sous l'influence du traitement anti-amibiasique et en particulier de petits lavements arsénicaux.

On fait souvent des erreurs de diagnostic car on pense plutôt aux hémorroïdes si le malade est jeune ou au cancer s'il a dépassé la quarantaine. Les examens coprologiques, rectoscopiques, et radiologiques pourront aider à la solution du problème. (Cf : *Observation* XXII, page 140).

Formes Associees

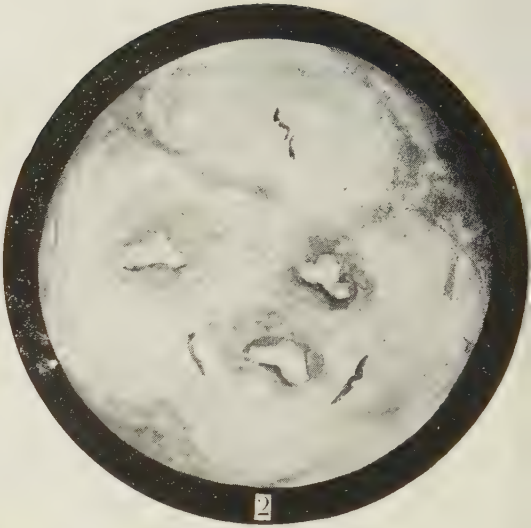
Les associations morbides ne sont pas rares.

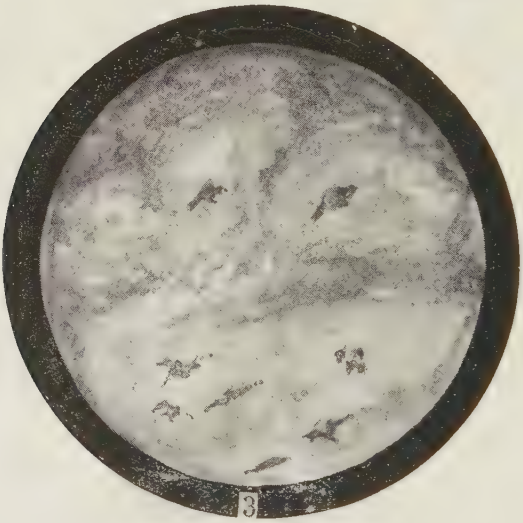
Dans l'Amibiase intestinale chronique, l'association de l'amibe et des bacilles dysentériques est plus rare qu'on ne le croyait, d'où les erreurs de diagnostic du début de la guerre et souvent la méconnaissance de l'Amibiase.

Les autres parasites intestinaux : *flagellés* (Trichomonas ou lamblias) ou *helminthes* (Trichocéphales surtout), contribuent à entretenir l'entérite et à aggraver si souvent le pronostic en ce sens qu'ils rendent les amibes réfractaires aux thérapeutiques. (*Cf : Observation*, XXIII, page 141).

L'association *amibiase-paludisme* n'est pas très rare, surtout dans les pays où ces deux affections sont endémiques.

Enfin l'amibiase peut aussi s'associer au *cancer du rectum* dont elle fait souvent le lit (Moutier et Bensaude). Toucher rectal et rectoscopie sont, en cas de doute, indispensables à pratiquer.





LEGENDE DES FIGURES

I. — Recto-colite Amibienne avec muqueuse chagrinée « maroquinée ».

II. — Recto-colite Amibienne chronique en poussée subaiguë, ulcérations en coups d'ongle et ulcérations recouvertes d'un enduit pultacé.

III. — Recto-colite Amibienne chronique avec nombreuses ulcérations et léger œdème de la muqueuse.

LE GOÉLAND

Quand conquérant les airs de sa robuste grâce, — le goéland plonge dans les gouffres, il ne s'enlève — que plus fort du fluide tourbillon. Et l'espace — oublie qu'il est désert. Quand il plane sans trêve — il est, sur les terres ceintes d'un amer relent, — beau comme un idéal. Son cri rauque qu'excitent — le tumulte du vent, les spasmes de la mer — est, je crois, un obscur défi aux tempêtes — qu'il jette de son ciel aux puissances du mal. — Ainsi vit l'oiseau de perpétuels assauts.

Ainsi depuis des temps tournoie sur la contrée, — ouvrant au large ses grandes ailes de goéland, — une autre vie en fleur, d'une blancheur sacrée. — Nous l'avons senti passer, comme nous errions — parfois sur les midi, parfois au soir, avec Mireille. — Et nous nous sommes arrêtés, une main sur le cœur, — qui s'arrachait de lui et poursuivait l'Idée. — L'Idée dominant la lave des dégoûts, — surgie sur l'oubli des offenses du monde, — sur la lâcheté de l'abâtardissement, — qui montait accrocher son amour débordant, — comme un autre

Coume uno autro beloio au blu dóu firmamen.
Que n'a subre-voula de ciéuta e de terro,
De bèu pople endourmi, de bram dins lou sournun,
Davans qu'en malo-fam, toumbe sus la galèro,
La galèro enfangado au mitan di palun !
Un noum fèr èro escri sus sa careno blanco,
Noum d'asprour — l'Amarèu. — Pamens soun [majourau
Quand veguè lou gabian que l'èstramas assanco,
Lou prenguè dins si man, estudiè soun mau,
E tant l'abaliguè, tant acatè sa vido,
Que redounè d'alen à l'aucèu abena.
'mé d'amour, 'mé de fé, l'Idèio èro garido.
Desempièi, desplegant sis alo sus l'ermas,
Alarguè peralin soun oumbro enmascarello,
E quand tourna venié à la sousto, lou mas
Fasié signau de liuen, dóu lum de soun estello.

Acò fuguè, sara, meme se sournamen
Un abime nitous, pous mourtau de Camargo,
Se cavavo sout éu. E se pièi, un moumen,
La limo mouvadisso engoulissié sa cargo,
Tóuti, pèr lou malur, groupas à soun entour,
Pourgirian nòsti man au mèstre de bouvino.

« Quau semenè bon gran soul a drech à la flour.
« Pèr lis aposto i'a la justiço divino. »

Carros, Abriéu de 1931.

LA MORT DU VIEUX GARDIAN

C'était un vieux gardian, un gardian de taureaux — Que la mort regardait ; — Il la sentait venir en lui sans peur ; — Le temps l'accablait, — Tant il avait d'années suspendues à son cou.

Un soir d'été, se sentant plus malade, — Devant sa cabane, — Il s'assit, tournant le dos au seuil ; — Les yeux fixés sur la plaine. — Pour la dernière fois il vit le panorama,

Le panorama sans fin de son beau pays, — Son pays de salicornes — Où, au crépuscule, son noir troupeau — Aux cornes aiguës, — Broûtait au son de joyeux grelots.

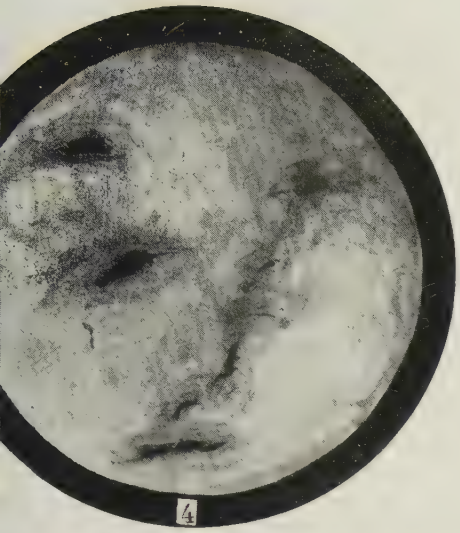
Milo souveni trevavon soun cor:
Revesié lou fèrri
E lou cavalot nervihous e fort
Qu'em 'éu dins lou cièri
Fasien s'auboura li grands estrambord ;

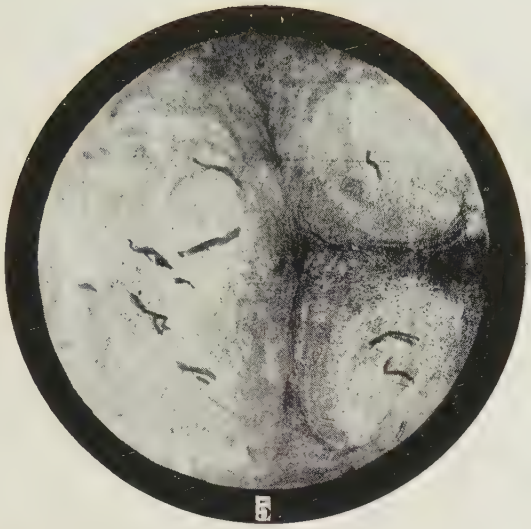
Revesié lou pople, un pople en coumbour
Tresanant de joio
Souto un cèu de fiò, relènt de susour,
Escampant sa voio
I lume vivènt de noste Miejour

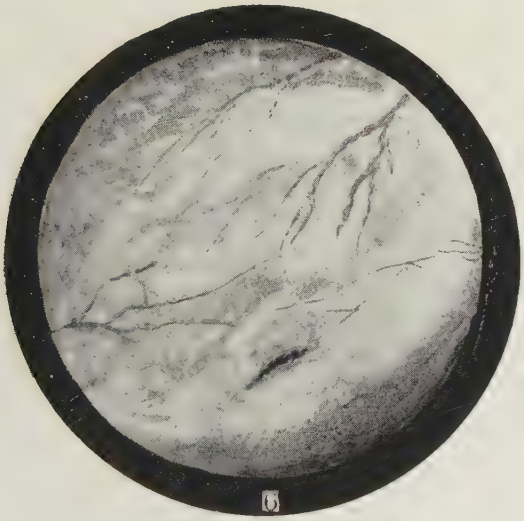
Revesié lou pople is aplaudimen
Que lou courounavon,
Quand rèi di gardian, sus soun paramen,
Li chato i'anavon
Pourgi de bouquet e de coumplimen.

Revèi tout acò lou vièi que mouris.
N'a ges de grevanço :
Coume lis auçèu fidèu à soun nis,
Dins si remèmbranço
Sèmpre au meme oustau sa vido s'es vist;

A fugi la vilo e si pourridié
E dins la pas santo,
Emé sis enfant, emé sa mouié,
D'un bonur qu'encanto
A viscu coume soun paire vivié ;







IV. — Recto-colite Amibienne chronique en poussée aiguë, grosses ulcérations.

V. — Recto-colite Amibienne chronique à la fin d'une poussée aiguë.

VI. — Recto-colite Amibienne chronique avec vascularisation marquée et dépôt blanchâtre sur les parois. Présence d'une ulcération.

in *Maroc Médical*. — Rapport du Professeur Agrégé J. Baumel sur l'Amibiase intestinale chronique. Données cliniques et rectoscopiques. Rabat-Casablanca, Avril 1936.

Manifestations extra-intestinales de l'amibiase chronique

(*Cf : Observations* XXIV, XXV *et* XXVI, page 143).

Nous ne faisons que signaler pour mémoire la bronchite, la pneumonie ou broncho-pneumonie, la cystite d'origine amibienne, l'amibiase cutanée, ganglionnaire, les abcès du poumon, du cerveau, de la rate, du rein, de l'épididyme et même de la région péri-anale, dont le diagnostic demande beaucoup de sagacité de la part du médecin, et la plupart du temps, ne se fait jamais.

Formes intestinales compliquées

L'amibiase intestinale chronique peut être compliquée d'une *péritonite* consécutive à une perforation, assez fréquente, douze fois sur soixante-dix-sept autopsies (Strong) et provoquée par des ulcérations siégeant le plus souvent au niveau de l'S iliaque (*Cf : Observation*, XXVII, page 145). et enfin, d'une *sténose intestinale*, qui est due à la cicatrisation des ulcérations de l'intestin. « Le rectum, depuis l'anus jusqu'à la limite supérieure de l'ampoule, était transformé, en un tube rigide à parois épaisses, lardacées; la sténose était typique, il existait une véritable filière, longue d'une dizaine de centimètres » (Charpin) (*Cf* : Baumel, *Observation* XXVIII, page 147).

En indiquant ces quelques formes cliniques, nous avons voulu seulement montrer qu'*il n'existe pas, cliniquement, une symptomatologie pathognomonique de l'amibiase intestinale chronique* et qu'il ne faut pas se baser unique-

ment sur le syndrome dysentérique typique pour poser le diagnostic de cette capricieuse affection qui peut tout simuler : entéro-colite chronique banale avec constipation, péritonite tuberculeuse, appendicite, colite, rectite, hémorroïdes, prostatite, etc.

Désormais, en présence d'une colopathie chronique qui ne fait pas sa preuve, l'infestation amibienne doit être soupçonnée et soigneusement recherchée.

CHAPITRE III

Pathogénie et Anatomie Pathologique

I. - Pathogénie

En l'état actuel de nos connaissances, c'est l'*Entamœba-dysenteriæ* qui est la cause déterminante de l'amibiase intestinale chronique.

Le cycle de ce parasite a été étudié à propos de l'étiologie. Nous avons admis deux formes de cette amibe ; d'abord, la forme minuta, non pathogène, qui se nourrit dans la lumière du gros intestin, de bactéries et de débris divers. Elle se reproduit par scissiparité puis, à un moment donné, s'enkyste. Les kystes mûrs, éliminés avec les selles et absorbés par un autre individu, auront leur membrane digérée et donneront des formes végétatives, jeunes amibes vivant dans le côlon, sans que le sujet présente

des troubles intestinaux manifestes. C'est le cas de simples porteurs. Mais si, sous des influences mal connues, l'équilibre entre l'hôte et le parasite est rompu, il en résulte un cycle pathogène où l'amibe devient hématophage (forme histolytica) et provoque la dysenterie classique. Rejetée dans les selles à l'état végétatif, l'amibe, parasite fragile, ne tarde pas à mourir. Si l'état du malade s'améliore, l'amibe hématophage peut revenir au type minuta, se transforme en kystes à quatre noyaux et ainsi se perpétue l'espèce, en attendant que des conditions favorables lui permettent de propager ailleurs l'amibiase.

Les amibes pénètrent dans la muqueuse intestinale par les glandes de Lieberkühn, probablement grâce à un ferment cytolytique qu'elles secrètent, d'après Dobell ; elles détruisent les tissus à travers lesquels elles arrivent à se frayer un chemin et s'insinuent ainsi jusqu'au chorion, traversent la musculaire et viennent s'accumuler dans les mailles du tissu conjonctif de la sous-muqueuse. Elles provoquent autour d'elles, un afflux de leucocytes en même temps que les tissus atteints sont voués à la nécrose et ultérieurement aux ulcérations. De plus, comme les amibes sont hématophages, elles peuvent vivre dans les vaisseaux et parvenir ainsi dans les autres organes et surtout dans le foie par l'intermédiaire du système-porte ; là, elles provoquent par une action pathogène identique, l'abcès dysentérique.

Retenons les expériences de Walker et Sellards sur des prisonniers, aux Philippines ; avec des kystes hébergés par un porteur sain, ils ont pu leur transmettre la maladie, alors qu'ils n'ont rien obtenu avec le matériel ayant servi aux malades ou aux convalescents ; c'est dire que le kyste joue par sa grande résistance, un rôle prépondérant dans la transmission de la maladie et que la contagion interhumaine est la plus fréquente.

II. - Anatomie Pathologique

Nous venons de voir le mode de pénétration de *l'Entamœba dysenteriæ* dans la sous-muqueuse intestinale. Considérons donc maintenant les lésions qu'elle détermine dans cet organe.

Les lésions occupent à peu près uniquement le gros intestin, mais c'est surtout au cœcum et aussi au rectum qu'on les rencontre. On note par ci par là, des ulcérations mais elles sont plus creusées et moins nombreuses que dans la phase aiguë. Ce sont des ulcérations en bouton de chemise, profondes, envahissant la sous-muqueuse. Au début, la lésion est constituée par une nodosité rouge ; les amibes occupent la base des glandes de Lieberkühn dans la muqueuse. Le sommet jaunit petit à petit ; le centre s'abcède et est finalement expulsé comme un véritable bourbillon. On consatte la destruction des glandes de Lieberkühn et la nécrose du tissu interstitiel. La nécrose gagne toujours en profondeur et provoque le détachement de la muqueuse par lambeaux, qui sont rejetés avec les selles du malade. Il se fait en même temps un afflux important de leucocytes qui s'accumulent à la surface des ulcérations et constituent des pseudo-membranes. Enfouis profondément dans la sous-muqueuse et même dans l'interstice des éléments constitutifs de la paroi musculaire de l'intestin, les amibes et leurs kystes sont très nombreux dans ces ulcérations en bouton de chemise, aux bords taillés à pic et aux orifices très petits, d'où rechutes fréquentes conduisant à la chronicité, car on ne détruit les amibes dans la période aiguë que sur la paroi intesti-

nale et non dans ces orifices. La nécrose peut gagner les couches sous-jacentes : musculeuse et même séreuse, et provoquer ainsi la perforation intestinale. La cicatrisation se produit à la longue sous forme de petites taches bleu-ardoise.

Dans l'Amibiase intestinale chronique, les parois du gros intestin, par réaction de l'organisme, se sont épaissies d'une façon diffuse par du tissu fibreux, au point de pouvoir atteindre plus d'un centimètre, et d'amener ainsi un *rétrécissement de l'intestin* par apparition des brides caractéristiques qui donnent la sensation de corde tendue au palper. Elles deviennent en même temps indurées et réduisent tellement le calibre de l'intestin, qu'elles peuvent aboutir à l'occlusion complète de ce viscère en un point limité.

Par contre, l'intestin grêle, surtout l'iléon, envahi par le processus de sclérose (Kelsch), devient d'une minceur extrême, à tel point qu'il ressemble à une membrane de baudruche.

A la longue, ces entérites parasitaires se compliquent d'insuffisance fonctionnelle digestive, de fermentation intestinale et de troubles dans le domaine du sympathique abdominal (Loeper).

Telles sont les lésions intestinales durables et définitives qu'on rencontre soit sur les pièces opératoires, soit au cours de nécropsies d'individus atteints d'amibiase intestinale chronique.

CHAPITRE IV

Diagnostic et Pronostic

I. - Diagnostic

Le diagnostic de l'Amibiase intestinale chronique est très difficile à faire, étant donné la fréquence des amibiases frustes observées depuis la guerre surtout, même chez des sujets n'ayant jamais quitté les pays tempérés et qui ont pu être contaminés par des kystes. Le diagnostic se fera par les *anamnestiques*, l'*examen coprologique*, les *données rectoscopiques*, l'*examen radiologique*, l'*inoculation au chat* et le *traitement d'épreuve*.

A. — Les anamnestiques

Les anamnestiques ont une importance considérable.

Dans l'Amibiase intestinale chronique d'emblée, il est difficile de repérer le stade initial de la dysenterie qui a pu être très bref. « Escompter le symptôme dysentérique pour poser un diagnostic et ne pas le trouver, c'est la meilleure façon de méconnaître l'amibiase ». (Ravaut).

On soupçonne la maladie chez les sujets qui ont séjourné autrefois aux colonies, et qui présentent des troubles colitiques et chez ceux qui n'ayant pas séjourné dans les pays où l'amibiase est endémique, se plaignent des troubles divers que nous avons décrits précédemment

(*Cf : Données cliniques*, page 31).

Le diagnostic purement clinique de ces formes atypiques, est donc impossible à faire avec certitude. Quand on hésite, les recherches de contrôle donnent, sinon une certitude, du moins éveillent l'idée d'amibiase possible. Si les examens des selles sont négatifs et que les présomptions soient suffisantes, il convient de mettre le malade au traitement d'épreuve pour infirmer ou confirmer ce diagnostic. Ce traitement améliorera l'état du malade, si l'amibe est bien mise en cause.

B. — Examen coprologique

Quand la clinique ne fournit pas assez d'éléments pour affirmer le diagnostic, nous recourrons à l'examen systématique des selles dans tout trouble intestinal chronique. Nous savons que les amibes sont très fragiles et meurent

l'amibiase intestinale chronique, ainsi que chez les porteurs d'amibes ou de kystes.

Il est associé au novarsénobenzol dans le traitement émétino-arsenical per os de Ravaut, mais il n'est pas supporté par tous les malades: il détermine souvent des nausées, des vomissements qui peuvent être prévenus par une prise de xv à xx gouttes de teinture d'opium une demi-heure avant l'absorption du remède, et enfin des troubles diarrhéiques plus ou moins prononcés, avec coliques, épreintes qu'on ne doit pas essayer d'arrêter, afin de permettre l'expulsion des amibes ou de leurs kystes hors de l'intestin.

II. — Arsenicaux

C'est Milian qui a remarqué en 1912, l'action destructrice de l'arsenic sur les amibes en soignant avec des injections de Salvarsan un syphilitique atteint d'amibiase.

On utilise :

1° Arsenobenzol ou Salvarsan *ou encore* 606.

Poudre jaune clair, soluble dans l'eau, insoluble dans l'éther.

Elle a une action tonique sur l'organisme et réussit aussi bien dans les crises aiguës que dans les formes torpides.

La *voie intra-veineuse* comme dans la Syphilis est indiquée dans les formes résistantes. Elle est, cependant, contre-indiquée dans les états fébriles, dans les insuffisances surrénale (Sergent) ou hépatique ; les lésions rénales et chez les malades qui ont tendance aux hémorragies (purpura, anémie). On pratique des injections aux doses variant de 15 à 30 cg. tous les quatre jours, la cure habituelle

comprend 8 à 10 injections. A côté de beaux succès, elle a enregistré bien des échecs à son actif. Cependant chez un malade asthénique, il y a intérêt à l'utiliser grâce à son action tonique sur l'organisme. Avant le traitement, il faut vérifier l'état de la coagulation sanguine ainsi que celui du foie.

Le Salvarsan peut s'employer aussi par la *voie buccale* contre les porteurs de kystes (Ravaut et Krolunitzky) sous forme de capsules de gélatine formolée ou de comprimés glutinisés, à la dose 0 gr. 10 à 0 gr. 20 pendant dix jours consécutifs. Des résultats favorables comme la disparition des kystes dans les selles ont été obtenus par ces auteurs, mais on en a constaté aussi de décevants.

On trouve dans le commerce, l'Arsénobenzol ou 606 dosé en comprimés de 0 gr. 10 sous le nom de Sanluol. On en prescrit deux à dix par jour. Il est bien toléré et semble plus efficace que le Novarsénobenzol. C'est le plus actif d'après Ravaut.

Quoiqu'étant l'un des moins toxiques de tous les arsénicaux organiques, l'arsénobenzol peut produire cependant quelques accidents :

1°) Accidents d'arsenicisme.

2°) Crise nitritoïde, apoplexie séreuse (Milian) fréquentes chez les vagotoniques et les ectasophiles.

3) Etats anémiques, hémorragipares et ictériques.

4°) Thromboses diverses, gangrène des extrêmités, conjonctivite et érythème du 9e jour (Milian).

2° Novarsenobenzol ou Neo-Salvarsan ou encore 914.

Ravaut obtint d'heureux résultats avec le 914 dans le traitement de l'amibiase et en préconisa d'abord les injec-

fois par semaine pendant quatre à huit semaines. On commence par 1 cc. et on atteint ensuite 3 cc. (I ampoule).

Garin a employé avec succès des injections par voie intra-musculaire.

5°) Stovarsol.

C'est une poudre blanche très stable, peu soluble dans l'eau dont la solution est acide et qui contient 27 p. 100 d'arsenic pentavalent. C'est l'acide oxy-acétyl-amino-phénylarsinique dérivant comme le tréparsol, de l'acide oxyamino-phénylarsinique. On le vend sous forme de comprimés de 0 gr. 01, 0 gr. 05 et 0 gr. 25.

Il est préconisé par Marchoux (1923) qui guérit un malade atteint depuis quatre ans de dysenterie avec élimination de kystes, ainsi que par Cade, *P.* Ravaut et Garin. Utilisé depuis par d'autres auteurs, il représente dans l'arsenal thérapeutique de l'Amibiase intestinale un médicament de tout premier plan.

Toxicité. — Comme tout arsenical, le Stovarsol peut provoquer des phénomènes d'intolérance ou d'intoxication. (*Cf : Observations* VI, XXXIII, XXXVI, pages 123 et 157). D'après ces observations, les symptômes constatés ensemble ou séparément, se résument comme suit :

Douleurs abdominales, brûlures, prurit, œdèmes, frissons suivis d'ascension thermique et de sueurs, ténesme, diarrhée, tachycardie, cyanose, ces crises se terminant par un état de prostration plus ou moins marqué. Il existe donc des sujets prédisposés hypersensibles à l'arsenic. Aussi doit-on commencer toujours par donner de faibles doses qu'on augmente progressivement, afin de tâter la susceptibilité individuelle. On doit se méfier des poussées thermiques s'accompagnant parfois de nausées et de vomisse-

ments, des érythèmes, des accidents hépatiques et enfin du prurit qui incite à employer la méthode de désensibilisation en donnant avant la reprise des comprimés quelques gouttes d'une solution de stovarsol pendant plusieurs jours. Ces accidents heureusement sont rares, et ne sont pas mortels puisqu'aucun des cinq malades observés n'a succombé ; mais il est prudent de surveiller de très près les malades pour pouvoir interrompre à temps le traitement ou diminuer la dose du médicament dès le moindre signe d'intolérance.

Posologie.— La dose d'un comprimé par jour prise dans un peu d'eau alcaline le matin à jeu ou une demi-heure avant le repas, est conseillée dans les cas chroniques (deux comprimés dans les cas aigus). On la continue pendant quatre jours consécutifs, puis on se repose pendant trois jours pour reprendre le traitement pendant quatre jours, et ainsi de suite.

Marchoux est partisan, dans les cas chroniques, de petites doses (1 comprimé de 0 gr. 25 tous les deux jours) prescrites pendant 2 mois. Si au cours d'une amibiase chronique, les poussées aiguës surviennent, on donne de fortes doses (de 2 à 4 comprimés par jour) pendant six jours, puis on reprend la cure de six jours après un repos hebdomadaire.

Garin conseille le traitement suivant :

1ère semaine : Stovarsol.
2ème — : Emétine.
3ème — : Stovarsol.
4ème — : Emétine.

Pour éviter les récidives, on aura soin de recommencer le traitement tous les 3, 6 ou 12 mois suivant la gravité de l'affection. Les cures répétées ne sont pas sans inconvénient, parce que mal supportées quelquefois.

La *voie buccale* convient aux lésions situées dans la région supérieure de l'intestin, alors que les ulcérations dans la partie inférieure de cet organe (recto-colites ulcéreuses), sont justiciables de lavements. Ce remède est administré à la suite d'un traitement arsenical ou autre, plus ou moins bien supporté.

Par voie buccale, on donne le Yatrène sous forme de pilules après les trois principaux repas :

Ier jour : 3 pilules ; 1 pilule de 25 cg. après chaque repas.
2e jour : 6 pilules ; 2 pilules de 25 cg. après chaque repas.
Troisième, quatrième et cinquième jour : *id.*
6e jour : 9 pilules ; 3 pilules de 25 cg. après chaque repas.
Septième jour : *id.*

soit 45 pilules pour un traitement. Il est prudent de prolonger la cure pendant trois semaines de suite, de la façon suivante : par exemple trois pilules par jour pendant trois jours consécutifs, puis quatre jours de repos, ensuite, recommencer.

Le Yatrène détermine très souvent une diarrhée séreuse réactionnelle, qu'on calme par l'administration de sous-nitrate de bismuth ou d'élixir parégorique.

Par *voie rectale.* — On dissout le Yatrène en poudre dans l'eau distillée non acide à 80°. Il faut garder longtemps ces lavements donnés à 37°, précédés toujours de celui à effet évacuateur préparé avec une solution à 2 p. 100 de bicarbonate de soude. Cette voie est contre-indiquée dans les troubles diarrhéiques.

Ier jour : 1 gr. + 200 cc. d'eau + V gouttes de laudanum
2e jour : 2 gr. + 300 cc. d'eau + V gouttes de laudanum
3e jour : 3 gr. + 400 cc. d'eau + V gouttes de laudanum
4e jour : 3 gr. + 500 cc. — — —
5e jour : 3 gr. + 600 cc. — — —
6e et 7e jour : — — —

(Muhlens)

Pour tâter l'intolérance, on emploie ces doses progressives pendant trois semaines coupées de deux intervalles de six jours de repos chacun. On peut adjoindre un traitement per os en pilules (1 à 3 fois par jour, à raison de deux à quatre pilules de 0 gr. 25 ou deux cachets, à 0 gr. 50) à chacun des trois principaux repas, par dose toujours progressive.

D'après les résultats constatés jusqu'à présent surtout par les auteurs allemands, ce produit est très précieux dans les formes chroniques et traînantes avec constipation et d'une façon générale, dans les cas où *l'émétine et les arsenicaux sont contre-indiqués.* On donne de légers purgatifs ou plutôt de l'extrait de bile ; si les amibes réapparaissent, elles sont facilement détruites en même temps que les autres parasites qui coexistent avec elles.

Un traitement énergique donne de beaux succès et il est conseillé dans les cures prolongées, chez les sujets débiles ou atteints de tares cardiaques, rénales ou hépatiques, les asthéniques et les hypotendus qui ne sont pas justiciables des autres médications.

Le Yatrène préparé en France, est connu sous le nom de Mixiod (Poulenc-Usines du Rhône), ou de Rexiode (Delalande). Il présente les mêmes avantages que celui fabriqué en Allemagne.

2°) Rivanol.

Le Rivanol est l'agent bactéricide en surface et en profondeur et l'antiseptique intestinal par excellence. Il n'altère pas le tissu vivant, détruit les amibes et leurs kystes, agit sur l'intestin comme antispasmodique et analgésique.

Par *voie buccale,* on emploie des rivanolettes (Rivanol + glucose), sortes de pastilles ou capsules de 25 milligrammes :

rine. Isolée par Hennig (1917), celle-ci est un produit insoluble dans l'eau et le sérum physiologique, agissant sur le tonus intestinal et excitant le sympathique. Le Panzaron n'est autre que l'extrait alcoolique d'Uzara.

Peu toxique à une grande dilution, il élève la pression artérielle, contracte les vaisseaux, arrête les contractions intestinales (Fernagut). Bien toléré chez les amibiens affaiblis, il paraît agir sur les amibes.

Par voie buccale, on l'emploie sous forme d'extrait alcoolique ou en comprimés de 5 milligrammes. Chaque jour, on donne trois prises de xxx gouttes d'extrait ou six comprimés.

6°) Garcinia Mangostana.

On utilise l'extrait de l'écorce de cet arbre qui pousse dans les régions tropicales de l'Asie et de l'Océanie. Il se présente sous l'aspect d'un liquide brun à saveur amère.

Il n'est pas toxique, il a une action antiseptique et cicatrisante sur les ulcérations de la muqueuse dans les rectocolites amibiennes. On donne un lavement évacuateur d'eau salée à 7 pour 1.000, puis, deux heures après, un mélange d'agar-agar et de Garcinia en pansement rectal.

Dans les cas chroniques, on conseille la dose de 5 à 10 gr. d'extrait de Garcinia par jour pendant dix jours ; puis on reprend les mêmes doses, mais pour un temps plus long.

Ce médicament a une action manifeste aussi bien dans les cas aigus que pour les périodes chroniques et chez les porteurs de kystes.

7°) Amibiasine.

C'est l'extrait de Garcinia composé, d'une saveur amère. La solution brune stabilisée se conserve indéfiniment ;

nullement toxique, elle détruit les amibes et leurs kystes calme les douleurs abdominales et le ténesme ; bien tolérée, même par les estomacs délicats, elle doit être prise loin des repas, dans de l'eau sucrée.

Dans les crises aiguës : 6 à 12 cuillerées à café par jour.

Dans les formes chroniques : 3 à 6 cuillerées à café par jour pendant cinq jours.

Chez les porteurs de kystes, quatre cuillerées à café par jour pendant dix jours.

Cure d'entretien : deux cuillerées à café par jour, huit jours par mois, pendant un à trois mois.

8°) Cresentyl (Benzo-Méta-Crésol).

Il est obtenu par l'action à chaud du chlorure de benzoyle sur le méta-crésol, lavé à la soude diluée et purifié par l'alcool. Bien toléré, il a une action antihelminthique et désinfectante, et donne d'excellents résultats dans l'Amibiase intestinale chronique (Hamburger).

On emploie la dose moyenne de cinq comprimés par jour (2 gr. 50), par périodes de dix jours, en faisant alterner le traitement avec les cures de Stovarsol ou de pâte de Ravaut selon la tolérance des malades.

9°) Iodochloroxyquinoleine.

L'iodochloroxyquinoléine, administrée sous forme d'Entéro-vioforme, exerce sur la dysenterie amibienne, aiguë ou chronique, une action hautement spécifique.

Elle est présentée en comprimés de 25 centigrammes.

Les auteurs américains N. A. David, H. G. Johnstone, A. C. Reed et C. D. Leake ont traité par l'entéro-vioforme les amibiens chroniques et ont obtenu 82 % de guérisons définitives.

« Aucune de ces images radiologiques n'est spécifique,
» on les retrouve dans bien des cas de rectite ou de colite
» non amibienne.

« Tous ces aspects ont été décrits par M. Speder, dans
» ses études radiologiques de colites amibiennes, de 1931
» à 1935. » (Jean Baumel).

D. — Inoculation au Chat

On choisit de préférence un jeune animal de 2 à 3 mois. On enfonce une sonde en caoutchouc dans son rectum. On injecte à l'aide d'une seringue dans son gros intestin 5 à 10 cc. de matières fécales ou de mucosités d'un amibien. L'animal, roulé dans une serviette pendant l'opération, est ensuite suspendu par la queue pendant une ou deux minutes afin qu'il n'expulse pas tout de suite les matières fécales et on le met enfin dans une cage. Au bout de deux jours en général, le chat présente une dysenterie typique avec selles riches en amibes, pleines de kystes et meurt au bout d'une semaine au maximum.

E. — Epreuve du Traitement

Si aucun résultat probant n'est obtenu par l'un des procédés sus-mentionnés, c'est alors qu'il faut penser à l'épreuve thérapeutique, car souvent la nature de l'affection ou de ses complications ne peut être démontrée que par l'effet du traitement. Celui-ci en fournissant la preuve du diagnostic, donne le plus souvent des résultats inespérés. Remarquons en passant, que l'Amibiase intestinale chronique est émétino-résistante même si elle est pure, à

plus forte raison si elle est associée à d'autres infections ou parasites intestinaux. (Jean Baumel). On commence par donner des comprimés de Stovarsol ou de Tréparsol. On n'utilise les autres médicaments que lorsque les arsénicaux ne sont pas tolérés.

Nous n'étudions pas ici les méthodes de *diagnostic biologique de l'Amibiase* qui ne sont pas encore bien mises au point : « Scalas (*Riforma med.*, 1921) a préparé » un antigène en partant des mucosités des selles. Pré- » cédemment, Izar avait essayé avec la totalité des » matières. Ces essais ne sont pas suffisamment con- » cluants pour être conseillés comme moyens de dia- » gnostic. » (Ch. Joyeux).

II. · Pronostic

Abandonnée à elle-même, l'Amibiase intestinale chronique persiste toute la vie. On reste amibien comme on reste syphilitique (Jean Baumel). Elle peut aboutir à la mort par cachexie ou par complications (péritonite localisée ou généralisée consécutive à la perforation intestinale ou sténose de l'intestin).

De même que dans la Syphilis, la guérison n'est qu'apparente, si le traitement spécifique n'est pas suffisamment prolongé. Les amibes sommeillent à l'état kystique et les rechutes se produisent plusieurs années après un semblant de guérison clinique.

La guérison spontanée de l'Amibiase intestinale chronique est rare, mais le séjour en pays tempéré en dehors des zones d'infestation peut atténuer la maladie (J. Baumel).

Le pronostic de l'Amibiase intestinale chronique reste néanmoins favorable, des améliorations complètes et définitives sont notées, — si l'affection est convenablement soignée, — surtout depuis l'emploi des médicaments modernes : arsénicaux pentavalents.

CHAPITRE V

Prophylaxie

L'Entamœba dysenteriæ sous sa forme végétative est nous l'avons vu peu résistante aux conditions extérieures. Ce sont donc les kystes, formes de résistance du parasite, qui, ingérés avec les aliments, entretiennent l'affection. Ces kystes proviennent des amibiens chroniques et des porteurs sains qui constituent les seuls véritables réservoirs humains de virus.

Pour éviter la propagation et l'éclosion de la maladie, voici, à notre avis, ce qu'il faut retenir et tâcher de mettre en pratique :

1°) Les *porteurs de germes* sont les agents inconscients de la propagation de l'amibiase, car ils éliminent des kystes d'une manière constante ou périodique. Pratiquement les découvrir est chose difficile, voire même impos-

sible, étant donné qu'on ne peut examiner les matières de tous les sujets suspects qu'on ne connaît souvent pas.

Toutefois, dans les collectivités (armée, internats, corporations de mineurs, d'ouvriers de plantations etc...) pourvues d'un médecin ou d'une formation sanitaire, on peut espérer obtenir quelques résultats, en recourant périodiquement aux examens coprologiques. Or, dès que le malade est cliniquement guéri, il échappe au contrôle médical. Le praticien ne réussit pas toujours à le convaincre de l'intérêt qu'il y aurait pour lui à suivre un traitement d'entretien et un régime alimentaire approprié, et enfin à éviter tout excès susceptible d'amener la reviviscence de l'amibe : « Dans l'état de choses actuel, le moins que puisse faire le médecin, au nom de la prophylaxie, serait de remettre à tout convalescent d'amibiase une fiche ou un carnet contenant :

a) *Une instruction sommaire* sur le danger qu'il court lui-même et le danger qu'il présente pour son entourage;

b) *Le traitement suivi* et toutes les indications que comporte un traitement d'entretien suffisamment prolongé. (Decrock).

Puisse cette idée se réaliser en pratique et le nombre de malades diminuera par la suite.

2°) Les porteurs de kystes doivent être soumis à un *traitement médical* jusqu'à la disparition complète de kystes dans les selles. Ils doivent prendre quelques précautions pour éviter la contamination de leur entourage: brossage et savonnage des mains, propreté corporelle, désinfection du linge sale, etc...

3°) Pour réaliser la prophylaxie rationnelle de l'amibiase intestinale, il faut éviter le surmenage, l'encombre-

ment dans les agglomérations et les refroidissements, assainir le sol et l'eau des localités infestées, en un mot chercher à améliorer l'hygiène individuelle et collective, de façon à renforcer la résistance de l'organisme dans sa lutte contre l'affection et à le préserver ainsi de toute atteinte de cette dernière.

Les règles formelles en prophylaxie de cette maladie n'existant pas, voici comment nous les concevons :

A) Dans les pays tropicaux. — L'adoption des mesures collectives en vue de la stérilisation des porteurs s'impose, mais en raison des difficultés financières auxquelles elles se heurtent, ces mesures sont mises difficilement en pratique. Voici quelques précautions à prendre pour mener à bien la *prophylaxie individuelle* en temps d'épidémie :

a) Surveiller les eaux de boisson qui véhiculent au même titre que les eaux de rivières, les kystes amibiens; lorsqu'elles sont suspectes, ne les employer que filtrées ou bouillies sous forme d'infusion.

b) Ne manger que des légumes cuits.

c) Si un ou plusieurs membres de la même famille sont atteints de l'amibiase, il faut avoir recours à des mesures d'hygiène rigoureuses : isoler les malades ; tâcher de les maintenir en état de propreté et éviter qu'ils souillent de leurs déjections leurs draps ou leur couchette ; veiller scrupuleusement à la désinfection des selles, des locaux contaminés. Les latrines, les vases de nuit, la literie, le linge, les divers objets usuels ayant servi à ces malades doivent être soigneusement lessivés à l'eau bouillante ou à la solution de crésyl à 1 pour 20.

d) « Si l'on prend la température rectale d'un malade

atteint d'amibiase ou d'un porteur de kystes dans son entourage immédiat, ayant contracté d'autres maladies, il faudra désinfecter ensuite le thermomètre dans une solution antiseptique assez forte, de façon à éviter la propagation de la maladie par cet instrument. » (Joyeux).

e) Lorsqu'un sujet présente des troubles intestinaux chroniques, de la diarrhée, il y a lieu d'inspecter les selles et de rechercher systématiquement les amibes ou leurs kystes. Ces prétendues diarrhées sont souvent des dysenteries bénignes reconnues à leurs selles glaireuses et sanguinolentes. Cette recherche se fait non seulement chez les anciens dysentériques traités ou non, mais aussi chez les personnes de l'entourage d'un dysentérique. Nous guérirons d'autant plus vite nos malades que nous aurons découvert plus tôt une amibiase fruste. C'est ainsi que la phase chronique de la maladie pourra être écartée.

f) S'efforcer de préserver salle à manger et cuisine des insectes et spécialement des mouches qui peuvent disséminer la maladie après s'être posées sur les matières fécales contaminées.

On recourra enfin à la *prophylaxie médicamenteuse* en prescrivant aux sujets suspects, les arsénicaux : stovarsol ou tréparsol dont le pouvoir désinfectant et amibicide est incontestable, ou le yatrène per os, tous les deux jours ou deux fois par semaine, quitte à en augmenter la dose au moindre trouble intestinal.

Il est donc nécessaire d'instituer des cures d'entretien bien réglées et suffisamment prolongées après une cure d'attaque pratiquée aussitôt que le diagnostic est posé. Les rechutes sont dues à l'interruption des traitements dès que les signes cliniques se sont effacés, alors que l'amibe ne fait que sommeiller dans la paroi intestinale

ou qu'un kyste demeure incrusté dans la muqueuse en attendant de se réveiller à la première occasion favorable.

S'il est avéré que l'amibiase intestinale chronique est plus difficile à guérir que la dysenterie aiguë, il n'en est pas moins vrai que les nombreux traitements que nous indiquons plus loin, comptent à leur actif beaucoup plus de succès que d'échecs. Les échecs apparents sont dûs aux ravages qu'exerce depuis longtemps l'amibe chez des anciens amibiens qui, quoique débarrassés de leurs parasites, éprouvent des troubles persistants du fonctionnement intestinal par suite des lésions chroniques souvent réactionnelles de la muqueuse, constituées de façon indélébile. Les insuccès réels sont déterminés par les parasitoses associées, les insuffisances secrétoires, les fermentations anormales qui empêchent le traitement spécifique d'agir avec toute l'efficacité désirable.

Le Dr Brau de Saïgon, frappé de la coexistence constante dans le cœcum des Trichocéphales et des ulcérations dysentériques, s'inspirant des travaux de Guiart sur le rôle pathogène des vers intestinaux, eut l'idée d'expulser ces derniers par le thymol avant de commencer le traitement par l'émétine. A partir de ce moment, il guérit non seulement ses malades dans le minimum de temps mais encore des cas considérés comme rebelles au traitement, en commençant toujours par soumettre ses amibiens à une cure intense de thymol (6 gr. en un jour). « Nous ne pouvons qu'attirer l'attention sur ces résultats, » persuadé que c'est dans ces parasitoses associées que » se trouve la clef du traitement et de la prophylaxie des » dysenteries chroniques ». (Guiart).

B. — Dans les pays tempérés

L'Amibiase intestinale chronique y est plus fréquente qu'on ne le croit. (J. Baumel : statistique de 800 cas).

« Stiles, par des statistiques précises, a montré que les » soldats américains ayant été en Europe pendant les » hostilités ne sont pas plus infestés que le reste de la » population. Il conclut à l'inutilité de traiter les porteurs » de kystes qui ne constituent pas un grave danger pour » leur entourage. Le traitement systématique entraîne- » rait en outre d'énormes dépenses (Hygienic laboratory, » Bull., 133, 1923). C'est ausi l'opinion classiquement » admise maintenant en Europe. D'après Brumpt il » s'agit dans tous ces cas d'Entamœba dispar, non patho- » gène ». (Joyeux).

Bien que conscient de notre rôle modeste, nous croyons de notre devoir de compléter l'opinion de ces maîtres en insistant, ainsi qu'on l'a vu à propos des porteurs sains de kystes sur ce fait que ces formes non virulentes peuvent devenir pathogènes le jour où certaines conditions encore inconnues leur seront favorables. Il en est en somme de l'amibiase comme des bacilles de Koch qui peuvent se rencontrer chez des individus sains et devenir soudainement, on ne sait trop pourquoi, virulents.

En outre, nous savons que l'Amibiase intestinale chronique peut s'observer chez des sujets ayant été aux colo-

nies ou chez ceux qui ont vécu en contact intime avec eux. C'est dans les selles de ces anciens coloniaux que l'on doit dépister les kystes. Mais les mesures à prendre en vue de la stérilisation collective des porteurs de kystes sont, avons-nous dit plus haut, difficilement applicables parce que trop dispendieuses (Stiles). Aussi se contentera-t-on des précautions signalées ci-dessus, quand un foyer d'amibiase intestinale vient à sévir sous les climats tempérés.

CHAPITRE VI

Traitement

De très nombreux médicaments ont été utilisés avec plus ou moins de succès dans le traitement de l'Amibiase intestinale chronique. Nous passerons en revue toutes les médications anti-amibiasiques mais nous ne retiendrons que celles qui jouissent d'une réelle valeur et qui sont couramment employés. Notons en passant que l'amibiase intestinale chronique demeure parfois difficile à déraciner, bien que le traitement de cette affection complètement transformé au cours de ces dernières années, ait réalisé de sensibles progrès.

Dans ce chapitre, nous nous proposons d'étudier successivement le traitement spécifique de cette maladie, la thérapeutique générale, le traitement chirurgical, les cures hydro-minérales et enfin les règles générales à observer.

A. — THERAPEUTIQUE SPECIFIQUE

Dans ce paragraphe, nous étudions les médicaments qui sont vraiment spécifiques de par leur action sur l'Amibe ou sur ses kystes, tels que l'Ipéca, l'émétine, les composés arsenicaux, le Yatrène, etc... et d'autres qui le sont moins, mais qui sont classés sous la présente rubrique, en tant qu'adjuvants indispensables dans les longues cures d'entretien ou à la suite des échecs d'autres thérapeutiques, nous réservant de parler, dans les paragraphes suivants, des traitements des lésions locales causées par l'amibe ou de l'état général.

I. — Ipeca et sels d'emetine

1° Ipeca. — L'Ipéca qui contient divers alcaloïdes autres que l'émétine, présente un avantage sur cette dernière en ce qu'il exercerait une action sur les kystes amibiens.

Mode d'emploi. — Avant de prendre l'ipéca, on peut prescrire comme les Médecins anglais, 15 gouttes de laudanum dans une cuillerée d'eau. Après la prise, on conseille au malade le décubitus dorsal, la tête un peu élevée, on lui dit de ne pas boire, de rester tranquille pendant trois heures au moins et de ne pas déglutir la salive devenant alors abondante et ce, pour éviter les nausées et les vomissements.

On peut prescrire l'ipéca en nature suivant la *méthode brésilienne* : laisser reposer douze heures :

4 — 8 gr. de poudre de racine d'Ipéca dans 250 gr. d'eau bouillante. Décanter.

On fait, de la même manière, une deuxième, puis une troisième infusion suivie de macération. Chacune d'elles est prise en un jour, par cuillerée à bouche d'heure en heure. Ces infusions prises de cette façon, s'accompagnent de nausées et sont très pénibles à supporter. S'il y a des vomissements, on augmentera les doses en rapprochant les prises (Jean Baumel).

Marini propose cette formule :

Racine d'Ipéca de Rio ..... 4 gr.
Décoction : cinq minutes dans eau ..... 200 gr.

ajouter :

Menthol ..... 0,20 gr.

Teinture de cannelle } ââ..... 30 gr.
Julep gommeux }

à prendre par cuillerées à soupe d'heure en heure.

On peut aussi donner l'Ipéca sous forme de *pilules de* Segond qui sont plus faciles à absorber et dont voici la formule :

Poudre d'Ipéca ..... 0 gr. 05
Calomel ..... 0 gr. 02
Extrait thébaïque ..... 0 gr. 01
Miel blanc ..... Q. S. pour une pilule

A prendre six pilules, le premier jour, à raison d'une toutes les deux heures pour éviter les vomissements ; quatre pilules le deuxième jour, et enfin, deux pilules le troisième jour. On fera une seconde cure après quinze jours de repos.

Dans les *formes chroniques*, on emploie surtout l'ipéca sous la forme dite de Pâte de Ravaut ainsi composée :

Poudre d'Ipéca	4 grammes
Poudre de charbon végétal Poudre de sous-nitrate de bismuth Sirop simple Glycérine	ââ : 100 grammes

On peut ajouter 0 gr. 10 d'extrait thébaïque en cas de diarrhée persistante ou de coliques.

Pendant douze à vingt jours, on donne alternativement le premier jour deux à dix cuillerées à café de cette pâte à chacun des trois repas, le deuxième, une ou deux capsules de Narsénol à 0 gr. 10, le troisième, reprise de la pâte et ainsi de suite.

Cette pâte a donné de bons résultats dans l'Amibiase intestinale chronique comme adjuvant à d'autres médicaments, mais elle est quelquefois difficile à prendre : « Si le malade ne peut pas absorber cette pâte à la cuillère, on pourra la diluer dans un demi-verre d'eau ». (Ravaut).

Ravaut emploie aussi la voie rectale.

Voici sa formule :

Sous-nitrate de Bismuth	10 grammes
Poudre de charbon	2 »
Poudre d'ipéca	0,10 »
	pour un paquet.

et une ampoule de chlorhydrate d'émétine: 0 gr. 04.

Mélanger le tout dans 100 grammes d'eau bouillie. Administrer au moyen d'une poire en caoutchouc un lavement que le malade doit garder toute la nuit. Au besoin, ajouter quelques gouttes de laudanum pour faciliter la tolérance. Ce produit a été spécialisé (Spécia).

Contre-indications. — L'ipéca exerçant une action hyposthéniante, doit être donné avec la plus grande pru-

dence aux vieillards, aux sujets faibles, aux cardiaques et aux artério-scléreux.

L'aspect du médicament est en outre, peu engageant pour les malades délicats.

2° Emetine. — C'est un des alcaloïdes de l'ipéca, surtout abondant dans la racine brésilienne (72 %). L'émétine n'étant pas soluble, on a recours pour l'usage thérapeutique, au *chlorhydrate neutre d'émétine* (Emetinum chlorhydrium) (Codex 1926), sel cristallisé soluble dans l'eau et dans l'alcool. Sa découverte est due à Pelletier et à Magendie (1817), mais c'est L. Rogers, de Calcutta, qui a substitué avec succès à l'ipéca assez pénible à supporter, l'émétine dans le traitement anti-amibien (1912). Il existe dans le commerce des ampoules stérilisées par tyndallisation.

Mode d'administration. — La voie *sous-cutanée* est la plus habituelle, car elle est la plus active et la moins dangereuse. On se sert d'une solution à 1 p. 100, stérilisée, alcaline, et surtout fraîchement préparée.

On peut faire préparer par les pharmaciens des ampoules dont voici la formule:

Chlorhydrate d'émétine . .	0 gr. 02	
Eau	2 cc.	p. 1 ampoule

On fait des injections sous-cutanées soit à la face externe de la cuisse, soit sous la peau de la paroi abdominale. On renouvelle les injections pendant cinq jours consécutifs en augmentant progressivement la dose jusqu'à 0 gr. 08 par 24 heures et on observe minutieusement le malade. Aux moindres signes d'intolérance, on arrête le traitement d'émétine. On reprend les injections après quinze jours de repos. On fait après ce temps un examen coprologique, et si la présence d'amibes ou de kystes est

encore constatée, on reprend le traitement trois semaines après la deuxième cure aux mêmes doses (Chauffard).

Ce traitement n'a de valeur que contre l'amibiase aiguë. L'amibiase chronique est, au contraire, une maladie rebelle à l'émétine.

Toxicité. — L'émétine étant toxique et s'accumulant dans l'organisme, la dose d'un gramme par cure ne doit pas être dépassée. Dès que, par addition, cette dose est atteinte, on note souvent des troubles graves et parfois tardifs (Mattei) : urticaire, asthénie générale, crampes, dyspnée d'effort, tachycardie, hypotension, tête ballante, gêne de la déglutition, diminution des réflexes, oligurie et parfois mort, due à la fibrillation auriculaire (Arrilaga et Guglielmetti), d'où cette précaution d'établir la cure par séries intercalées de repos.

Mode d'action. — Au début de l'emploi de ce médicament, on croyait avoir trouvé une panacée contre l'amibiase intestinale aiguë. Malheureusement, les résultats sont moins brillants dans l'amibiase chronique. Il ne faut pas non plus oublier que l'émétine ne tue que les amibes et est sans action sur les kystes. C'est pourquoi son emploi qui donne de beaux résultats dans la crise d ysentérique, échoue toujours dans la phase chronique. La résistance des kystes à l'émétine, incite à varier les médications, et à employer les cures arsénicales ou autres associations médicamenteuses qui agissent d'une manière plus efficace sur la phase chronique de l'amibiase intestinale.

En somme, *le chlorhydrate d'émétine est un excellent médicament dans la cure d'attaque de la crise dysentérique, mais son emploi cesse d'être indiqué dans le traitement de l'amibiase intestinale chronique où il ne peut causer que des mécomptes* (J. Baumel).

3° Iodure double d'émétine et de bismuth

C'est un corps pulvérulent, rouge brique, amer, contenant 22 % d'émétine et 19 % de bismuth, insoluble dans les acides dilués. Il traverse l'estomac sans être altéré. L'émétine est mise en liberté dans l'intestin.

Il a été préparé en Angleterre par Du Mez (1915) et essayé par Dale, Low, Dobell, et en France par Lebœuf dans le traitement de l'amibiase intestinale chronique. Un gramme correspond à 0 gr. 36 d'émétine. Mal toléré en cachets, on l'administre donc en pilules kératinisées ou pilules entourées d'un vernis au salol (Brug), à la dose de trois pilules de six centigrammes par jour, avant les repas pendant douze jours consécutifs. Chaque cure est de 2 gr. 16. Il est préférable de renouveler les cures, de les espacer d'un temps variable dans chaque cas et de les répéter avec patience pendant plusieurs mois.

Ce médicament est utilisé dans toutes les variétés d'amibiase, mais surtout dans les formes chroniques et dans le traitement des porteurs de kystes: « La proportion de guéris est à peu près de 70 à 80 p. 100; il y a aussi des cas réfractaires » (Joyeux).

J. Carles croit que les échecs sont dûs plutôt à la présence dans l'intestin d'autres parasites: lamblia, trichomonas, tétramitus, etc., ou bien à la coexistence soit d'insuffisances secrétoires, soit de phénomènes de fermentation. On fait des cures successives réglées par l'examen microscopique des selles. L'auteur conseille d'associer à cet iodure double, des toni-cardiaques: spartéine, huile camphrée, adrénaline.

R. Broc, Ed. Chatton, Ravaut, et Krolunitzky, ont également obtenu de bons résultats avec ce médicament dans

l'amibiase intestinale chronique, ainsi que chez les porteurs d'amibes ou de kystes.

Il est associé au novarsénobenzol dans le traitement émétino-arsenical per os de Ravaut, mais il n'est pas supporté par tous les malades: il détermine souvent des nausées, des vomissements qui peuvent être prévenus par une prise de xv à xx gouttes de teinture d'opium une demi-heure avant l'absorption du remède, et enfin des troubles diarrhéiques plus ou moins prononcés, avec coliques, épreintes qu'on ne doit pas essayer d'arrêter, afin de permettre l'expulsion des amibes ou de leurs kystes hors de l'intestin.

II. — Arsenicaux

C'est Milian qui a remarqué en 1912, l'action destructrice de l'arsenic sur les amibes en soignant avec des injections de Salvarsan un syphilitique atteint d'amibiase.

On utilise :

1° Arsenobenzol ou Salvarsan *ou encore* 606.

Poudre jaune clair, soluble dans l'eau, insoluble dans l'éther.
Elle a une action tonique sur l'organisme et réussit aussi bien dans les crises aiguës que dans les formes torpides.

La *voie intra-veineuse* comme dans la Syphilis est indiquée dans les formes résistantes. Elle est, cependant, contre-indiquée dans les états fébriles, dans les insuffisances surrénale (Sergent) ou hépatique ; les lésions rénales et chez les malades qui ont tendance aux hémorragies (purpura, anémie). On pratique des injections aux doses variant de 15 à 30 cg. tous les quatre jours, la cure habituelle

comprend 8 à 10 injections. A côté de beaux succès, elle a enregistré bien des échecs à son actif. Cependant chez un malade asthénique, il y a intérêt à l'utiliser grâce à son action tonique sur l'organisme. Avant le traitement, il faut vérifier l'état de la coagulation sanguine ainsi que celui du foie.

Le Salvarsan peut s'employer aussi par la *voie buccale* contre les porteurs de kystes (Ravaut et Krolunitzky) sous forme de capsules de gélatine formolée ou de comprimés glutinisés, à la dose 0 gr. 10 à 0 gr. 20 pendant dix jours consécutifs. Des résultats favorables comme la disparition des kystes dans les selles ont été obtenus par ces auteurs, mais on en a constaté aussi de décevants.

On trouve dans le commerce, l'Arsénobenzol ou 606 dosé en comprimés de 0 gr. 10 sous le nom de Sanluol. On en prescrit deux à dix par jour. Il est bien toléré et semble plus efficace que le Novarsénobenzol. C'est le plus actif d'après Ravaut.

Quoiqu'étant l'un des moins toxiques de tous les arsénicaux organiques, l'arsénobenzol peut produire cependant quelques accidents :

1°) Accidents d'arsenicisme.

2°) Crise nitritoïde, apoplexie séreuse (Milian) fréquentes chez les vagotoniques et les ectasophiles.

3) Etats anémiques, hémorragipares et ictériques.

4°) Thromboses diverses, gangrène des extrêmités, conjonctivite et érythème du 9e jour (Milian).

2° Novarsenobenzol ou Neo-Salvarsan ou encore 914.

Ravaut obtint d'heureux résultats avec le 914 dans le traitement de l'amibiase et en préconisa d'abord les injec-

tions intra-veineuses puis l'absorption par la voie buccale qui agit avec efficacité sur les kystes amibiens, forme de résistance du parasite. Il est indispensable d'employer des cures successives tantôt par voie endo-veineuse, tantôt par voie buccale du 914 qui par son action destructrice sur les amibes et les kystes, peut à lui seul, former l'unique thérapeutique de l'Amibiase intestinale chronique, en même temps qu'un merveilleux reconstituant de l'état général.

C'est une poudre jaune-clair, très soluble dans l'eau froide, différente de la première en ce sens qu'elle n'est pas acide.

Pour les *injections intra-veineuses*, on se sert d'une dose variant de 15 cg à 30 cg. On fait une série de douze injections à quatre jours d'intervalle.

L'action du 914 par voie veineuse se révélant peu efficace dans l'Amibiase intestinale chronique, il y a lieu de recourir à la médication *per os* qui agit puissamment sur les vrais disséminateurs de germes que sont les porteurs de kystes. On emploie des comprimés ou cachets de 0 gr. 10 de Novar, à raison d'un comprimé à chacun des deux principaux repas. A la guérison apparente, il est prudent de faire une cure tous les deux ou trois mois. On trouve dans le commerce le Novarsénobenzol enrobé dans du gluten, préparé par Poulenc, sous le nom de Narsénol. Ce sont des comprimés de 0 gr. 10 de Novar. On prescrit un comprimé par jour pendant dix jours. Quelquefois on emploie deux à dix comprimés par jour quand les petites doses sont jugées insuffisamment efficaces. Il faut écraser les comprimés avant de les absorber.

Ce médicament s'emploie enfin par *voie rectale* dans quelques formes hémorragiques rebelles ou dans les poussées d'entérite au cours du traitement per os. On donne des lavements de 0 gr. 15 à 0 gr. 30 de Novar dissous dans 60

cc d'eau ou de sérum physiologique, additionnés de quelques gouttes de laudanum.

Les accidents qu'on rencontre en cours de traitement sont ceux d'intolérance qu'il est nécessaire de connaître : céphalée persistante, érythème, prurit. En dehors des accidents locaux dûs à une injection périveineuse même partielle (lymphangite, douleur intense) il peut y avoir des accidents immédiats : nausées, vomissements, température élevée, petitesse du pouls, tachycardie, syncopes et parfois une congestion subite et violente de la face (crise nitritoïde Milian).

Cette crise peut être prévenue ou combattue par l'*adrénaline*, soit en injection intra-veineuse (1 ou 2 gouttes de la solution de chlorhydrate d'adrénaline à 1 p. 1.000 dans 100 cc. de sérum artificiel), soit en injection sous-cutanée ou intra-musculaire (1 cc. ou xx gouttes de la solution de chlorhydrate d'adrénaline à 1 p. 1.000 dans 250 ou 500 cc. de sérum artificiel). On peut aussi diminuer les doses du remède employées, et pour peu que les accidents paraissent graves, on interrompt immédiatement le traitement arsenical par voie endo-veineuse.

3°) Sulfarsénol.

C'est une poudre jaune, amorphe, soluble dans son poids d'eau froide, dans la glycérine. On peut faire des injections par voie intra-musculaire, et de préférence, par voie sous-cutanée dans la région costale. Elles doivent être faites lentement. Les doses sont variables suivant l'âge du malade.

4°) Acetylarsan.

C'est un arsénical voisin du Stovarsol ; il se prescrit chez l'adulte en injections intra-musculaires une ou deux

fois par semaine pendant quatre à huit semaines. On commence par 1 cc. et on atteint ensuite 3 cc. (I ampoule).

Garin a employé avec succès des injections par voie intra-musculaire.

5°) Stovarsol.

C'est une poudre blanche très stable, peu soluble dans l'eau dont la solution est acide et qui contient 27 p. 100 d'arsenic pentavalent. C'est l'acide oxy-acétyl-amino-phénylarsinique dérivant comme le tréparsol, de l'acide oxyamino-phénylarsinique. On le vend sous forme de comprimés de 0 gr. 01, 0 gr. 05 et 0 gr. 25.

Il est préconisé par Marchoux (1923) qui guérit un malade atteint depuis quatre ans de dysenterie avec élimination de kystes, ainsi que par Cade, *P.* Ravaut et Garin. Utilisé depuis par d'autres auteurs, il représente dans l'arsenal thérapeutique de l'Amibiase intestinale un médicament de tout premier plan.

Toxicité. — Comme tout arsenical, le Stovarsol peut provoquer des phénomènes d'intolérance ou d'intoxication. (*Cf : Observations* VI, XXXIII, XXXVI, pages 123 et 157). D'après ces observations, les symptômes constatés ensemble ou séparément, se résument comme suit :

Douleurs abdominales, brûlures, prurit, œdèmes, frissons suivis d'ascension thermique et de sueurs, ténesme, diarrhée, tachycardie, cyanose, ces crises se terminant par un état de prostration plus ou moins marqué. Il existe donc des sujets prédisposés hypersensibles à l'arsenic. Aussi doit-on commencer toujours par donner de faibles doses qu'on augmente progressivement, afin de tâter la susceptibilité individuelle. On doit se méfier des poussées thermiques s'accompagnant parfois de nausées et de vomisse-

ments, des érythèmes, des accidents hépatiques et enfin du prurit qui incite à employer la méthode de désensibilisation en donnant avant la reprise des comprimés quelques gouttes d'une solution de stovarsol pendant plusieurs jours. Ces accidents heureusement sont rares, et ne sont pas mortels puisqu'aucun des cinq malades observés n'a succombé ; mais il est prudent de surveiller de très près les malades pour pouvoir interrompre à temps le traitement ou diminuer la dose du médicament dès le moindre signe d'intolérance.

Posologie. — La dose d'un comprimé par jour prise dans un peu d'eau alcaline le matin à jeu ou une demi-heure avant le repas, est conseillée dans les cas chroniques (deux comprimés dans les cas aigus). On la continue pendant quatre jours consécutifs, puis on se repose pendant trois jours pour reprendre le traitement pendant quatre jours, et ainsi de suite.

Marchoux est partisan, dans les cas chroniques, de petites doses (1 comprimé de 0 gr. 25 tous les deux jours) prescrites pendant 2 mois. Si au cours d'une amibiase chronique, les poussées aiguës surviennent, on donne de fortes doses (de 2 à 4 comprimés par jour) pendant six jours, puis on reprend la cure de six jours après un repos hebdomadaire.

Garin conseille le traitement suivant :

1ère semaine : Stovarsol.
2ème — : Emétine.
3ème — : Stovarsol.
4ème — : Emétine.

Pour éviter les récidives, on aura soin de recommencer le traitement tous les 3, 6 ou 12 mois suivant la gravité de l'affection. Les cures répétées ne sont pas sans inconvénient, parce que mal supportées quelquefois.

La dose totale tolérée est de 10 à 14 grammes pour l'adulte. Au delà de ces doses, on observe des accidents d'intolérance consistant en une réaction fébrile passagère avec diarrhée et érythème toxique (MONTEL). Il est à signaler la possibilité de quelques cas d'arsénico-résistance (L. FOURNIER). On cesse le traitement dès qu'il se produit des éruptions, des nausées ou de la diarrhée. Le traitement associé stovarsol-émétine de GARIN paraît, selon certains auteurs, le meilleur, car en plus des kystes et des Amibes, il détruit par le stovarsol, les Lamblias qui compliquent si souvent l'Amibiase intestinale chronique.

Résultats. — Le Stovarsol a donné jusqu'à présent de remarquables résultats dans la thérapeutique de l'Amibiase intestinale chronique. Il a une action sur les kystes (MARCHOUX), stérilise donc les porteurs de kystes à condition que le traitement soit périodique et prolongé, relève l'état général en combattant l'asthénie, l'anémie et l'hypotension et agit, ainsi que nous l'avons dit, sur les parasitoses intestinales associées à l'amibiase qui la rendent réfractaire à certaines médications anti-amibiasiques.

6°) TREPARSOL.

Il appartient au même groupe que le Stovarsol. C'est le dérivé formylé de l'acide oxy-amino-phényl-arsinique. Il contient 28,75 pour 100 d'arsenic et est employé seulement per os sous forme de comprimés de 0 gr. 25 (adultes), 0 gr. 10 (enfants). Il est peu stable et met plus facilement en liberté son acide phénylarsinique. Il a été employé avec succès par TANON, MAIRE, etc. (Thèse SANGLIER, Paris, 1925).

On doit l'utiliser d'une façon discontinue mais progressive (quatre jours par semaine en commençant par de fai-

bles doses. Même posologie que pour le stovarsol), afin d'éviter l'accumulation arsenicale et de tâter la tolérance du malade vis-à-vis de l'arsenic. On prend les comprimés le matin, au réveil, dans un demi-verre d'eau alcaline de préférence. Chaque traitement doit durer huit à dix semaines. L'intervalle entre les séries de traitement, doit être d'un à deux mois.

On note comme phénomènes d'intolérance d'ailleurs légers et peu fréquents : prurit, érythèmes, céphalée, diarrhée. On suspend le traitement pour le reprendre à des doses plus faibles et on le cesse aussitôt en cas de récidive où d'éruption cutanée.

III. — MEDICATIONS DIVERSES

1°) Yatrene 105.

Le Yatrène est l'acide iodo-oxy-quinolino-sulfonique (C^9 H^6 O^4 Sn I), produit allemand découvert par Muhlens qui donne, selon Carnot des résultats excellents dans l'Amibiase, renferme 36 pour 100 d'iode et a les propriétés antiseptiques générales des quinoléines. Il se présente sous la forme d'une poudre fine cristallisée, jaune, inodore, hygrométrique, se décomposant par la chaleur.

Sa toxicité est très faible ; son action sur l'intestin n'est pas irritante. Lancé dans le commerce sous le nom de *Yatren purissimum n°* 105, il est admirablement toléré et appliqué avec succès au traitement de l'Amibiase intestinale. Il paraît agir sur l'amibe et sur ses kystes. Il se vend aussi en pilules qui agissent sans provoquer d'intolérance sur les amibes et les cellules malades (action régénératrice).

La *voie buccale* convient aux lésions situées dans la région supérieure de l'intestin, alors que les ulcérations dans la partie inférieure de cet organe (recto-colites ulcéreuses), sont justiciables de lavements. Ce remède est administré à la suite d'un traitement arsenical ou autre, plus ou moins bien supporté.

Par voie buccale, on donne le Yatrène sous forme de pilules après les trois principaux repas :

Ier jour : 3 pilules ; 1 pilule de 25 cg. après chaque repas.
2e jour : 6 pilules ; 2 pilules de 25 cg. après chaque repas.
Troisième, quatrième et cinquième jour : *id.*
6e jour : 9 pilules ; 3 pilules de 25 cg. après chaque repas.
Septième jour : *id.*

soit 45 pilules pour un traitement. Il est prudent de prolonger la cure pendant trois semaines de suite, de la façon suivante : par exemple trois pilules par jour pendant trois jours consécutifs, puis quatre jours de repos, ensuite, recommencer.

Le Yatrène détermine très souvent une diarrhée séreuse réactionnelle, qu'on calme par l'administration de sous-nitrate de bismuth ou d'élixir parégorique.

Par *voie rectale.* — On dissout le Yatrène en poudre dans l'eau distillée non acide à 80°. Il faut garder longtemps ces lavements donnés à 37°, précédés toujours de celui à effet évacuateur préparé avec une solution à 2 p. 100 de bicarbonate de soude. Cette voie est contre-indiquée dans les troubles diarrhéiques.

Ier jour : 1 gr. + 200 cc. d'eau + V gouttes de laudanum
2e jour : 2 gr. + 300 cc. d'eau + V gouttes de laudanum
3e jour : 3 gr. + 400 cc. d'eau + V gouttes de laudanum
4e jour : 3 gr. + 500 cc. — — —
5e jour : 3 gr. + 600 cc. — — —
6e et 7e jour : — — —

(Muhlens)

Pour tâter l'intolérance, on emploie ces doses progressives pendant trois semaines coupées de deux intervalles de six jours de repos chacun. On peut adjoindre un traitement per os en pilules (1 à 3 fois par jour, à raison de deux à quatre pilules de 0 gr. 25 ou deux cachets, à 0 gr. 50) à chacun des trois principaux repas, par dose toujours progressive.

D'après les résultats constatés jusqu'à présent surtout par les auteurs allemands, ce produit est très précieux dans les formes chroniques et traînantes avec constipation et d'une façon générale, dans les cas où *l'émétine et les arsenicaux sont contre-indiqués*. On donne de légers purgatifs ou plutôt de l'extrait de bile ; si les amibes réapparaissent, elles sont facilement détruites en même temps que les autres parasites qui coexistent avec elles.

Un traitement énergique donne de beaux succès et il est conseillé dans les cures prolongées, chez les sujets débiles ou atteints de tares cardiaques, rénales ou hépatiques, les asthéniques et les hypotendus qui ne sont pas justiciables des autres médications.

Le Yatrène préparé en France, est connu sous le nom de Mixiod (Poulenc-Usines du Rhône), ou de Rexiode (Delalande). Il présente les mêmes avantages que celui fabriqué en Allemagne.

2°) Rivanol.

Le Rivanol est l'agent bactéricide en surface et en profondeur et l'antiseptique intestinal par excellence. Il n'altère pas le tissu vivant, détruit les amibes et leurs kystes, agit sur l'intestin comme antispasmodique et analgésique.

Par *voie buccale*, on emploie des rivanolettes (Rivanol + glucose), sortes de pastilles ou capsules de 25 milligrammes :

Chez l'enfant . . . . . 1 à 2 rivanolettes par jour
Chez la femme . . . . . 3 à 4 rivanolettes par jour
Chez l'homme . . . . . 3 à 6 rivanolettes par jour
Pendant dix jours

Après une semaine de repos, on reprend le traitement.

Par *voie rectale*, ce dérivé de l'acridine a une action toxique manifeste à 1 p. 1.000 ou 1 p. 2.000 ; on doit donc employer la dose de 1 p. 5.000 (1 gr. pour 5 litres d'eau), ou 1 p. 10.000 (Urchs, Peter). Ce lavement, précédé d'un autre à effet évacuateur, ne doit pas dépasser la dose de 500 cc. de la solution médicamenteuse qui doit être conservée au moins un quart d'heure. On peut renouveler plusieurs fois ces lavements dans le courant de la journée.

Il semble, d'après les observations discordantes, que le Rivanol n'est qu'un adjuvant antiseptique et antispasmodique. Il n'est d'une aide précieuse qu'en cas d'intolérance des autres médications.

3°) Kho-Sam.

Le Khô-Sâm était utilisé par les Empiriques chinois. C'est le fruit d'une Simaroubée ou la graine d'Annam. Les *brucea sumatrana* et *brucea antidysenterica* ne forment, d'après Bois qu'une même espèce.

D'une pâte préparée avec les amandes des graines pulvérisées, — renfermant un glucoside : Kho-samine, — on fait des pilules amalgamées avec du miel (Lemoine).

Posologie :

0 gr. 08 le 1er jour
0 gr. 16 le 2e jour
0 gr. 32 le 3e —
0 gr. 16 le 4e —
0 gr. 08 le 5e —

Recommencer la cure au bout de quelques jours de repos.

Ce produit est connu dans le commerce sous le nom d'Elkossam, en comprimés de 2 cg. On donne quatre, puis huit, douze, huit, quatre comprimés par jour. Chaque comprimé correspond à une graine de la plante.

On peut aussi employer les graines en nature. On en brise l'écorce, on en retire l'amande grasse qu'on exprime légèrement avec du papier buvard pour la débarrasser d'une huile irritante, avant de l'absorber. Les doses utilisées, croissantes au début : quatre graines le premier jour ; huit le deuxième ; douze, le troisième ; décroissent ensuite : huit graines le quatrième jour ; quatre le cinquième.

Le Khô-Sâm paraît donner des succès plutôt au cours des poussées aiguës avec hémorragies, dans quelques cas d'Amibiase intestinale chronique.

4°) Simarouba

On utilise l'écorce de la racine d'Ailanthus glandulosa du Nord de la Chine, appelé « faux vernis du Japon » (Rutacées), sous la forme de décoction de 10 grammes dans 400 cc. d'eau. Filtrée, cette préparation se prend à jeûn, par quart tous les trois jours, en cuillerées à café, dans un liquide chaud.

On emploie aussi l'extrait fluide de Simarouba à raison de trois prises par jour de xxx gouttes chacune.

5°) Uzara.

L'Uzara est le nouveau venu dans la pharmacopée antiamibiasique. Il est extrait de la racine d'un Gomphocarpus de l'Afrique tropicale, dont le principe actif est l'Uza-

rine. Isolée par Hennig (1917), celle-ci est un produit insoluble dans l'eau et le sérum physiologique, agissant sur le tonus intestinal et excitant le sympathique. Le Panzaron n'est autre que l'extrait alcoolique d'Uzara.

Peu toxique à une grande dilution, il élève la pression artérielle, contracte les vaisseaux, arrête les contractions intestinales (Fernagut). Bien toléré chez les amibiens affaiblis, il paraît agir sur les amibes.

Par voie buccale, on l'emploie sous forme d'extrait alcoolique ou en comprimés de 5 milligrammes. Chaque jour, on donne trois prises de XXX gouttes d'extrait ou six comprimés.

6°) Garcinia Mangostana.

On utilise l'extrait de l'écorce de cet arbre qui pousse dans les régions tropicales de l'Asie et de l'Océanie. Il se présente sous l'aspect d'un liquide brun à saveur amère.

Il n'est pas toxique, il a une action antiseptique et cicatrisante sur les ulcérations de la muqueuse dans les rectocolites amibiennes. On donne un lavement évacuateur d'eau salée à 7 pour 1.000, puis, deux heures après, un mélange d'agar-agar et de Garcinia en pansement rectal.

Dans les cas chroniques, on conseille la dose de 5 à 10 gr. d'extrait de Garcinia par jour pendant dix jours ; puis on reprend les mêmes doses, mais pour un temps plus long.

Ce médicament a une action manifeste aussi bien dans les cas aigus que pour les périodes chroniques et chez les porteurs de kystes.

7°) Amibiasine.

C'est l'extrait de Garcinia composé, d'une saveur amère. La solution brune stabilisée se conserve indéfiniment ;

nullement toxique, elle détruit les amibes et leurs kystes calme les douleurs abdominales et le ténesme ; bien tolérée, même par les estomacs délicats, elle doit être prise loin des repas, dans de l'eau sucrée.

Dans les crises aiguës : 6 à 12 cuillerées à café par jour.

Dans les formes chroniques : 3 à 6 cuillerées à café par jour pendant cinq jours.

Chez les porteurs de kystes, quatre cuillerées à café par jour pendant dix jours.

Cure d'entretien : deux cuillerées à café par jour, huit jours par mois, pendant un à trois mois.

8°) Cresentyl (Benzo-Méta-Crésol).

Il est obtenu par l'action à chaud du chlorure de benzoyle sur le méta-crésol, lavé à la soude diluée et purifié par l'alcool. Bien toléré, il a une action antihelminthique et désinfectante, et donne d'excellents résultats dans l'Amibiase intestinale chronique (Hamburger).

On emploie la dose moyenne de cinq comprimés par jour (2 gr. 50), par périodes de dix jours, en faisant alterner le traitement avec les cures de Stovarsol ou de pâte de Ravaut selon la tolérance des malades.

9°) Iodochloroxyquinoleine.

L'iodochloroxyquinoléine, administrée sous forme d'Entéro-vioforme, exerce sur la dysenterie amibienne, aiguë ou chronique, une action hautement spécifique.

Elle est présentée en comprimés de 25 centigrammes.

Les auteurs américains N. A. David, H. G. Johnstone, A. C. Reed et C. D. Leake ont traité par l'entéro-vioforme les amibiens chroniques et ont obtenu 82 % de guérisons définitives.

Dans les cas chroniques, on donne un ou deux comprimés par jour, trois jours par semaine, la dose est p à six, comme dans les cas aigus, dès que se manifestent des épisodes dysentériques. La recherche des kystes est faite après chaque période de traitement et la cure est poursuivie jusqu'à leur disparition définitive.

10°) Sels de Thorium. Ce sont de puissants antiseptiques intestinaux.

Frouin a essayé ces sels chez un ancien dysentérique réfractaire aux traitements habituels. Il lui a donné des sels per os pendant dix jours, de 4 à 6 gr. par jour, en même temps que des lavements à 2 p. 100 (200 cc. les quatre derniers jours).

On ingère le sulfate de thorium en cachets. Le nombre de selles diminue par la suite. C'est pour le médecin une arme de plus pour lutter contre les dysenteries rebelles aux traitements ordinaires.

En résumé, le traitement de l'Amibiase intestinale est d'autant plus difficile que le cas est plus ancien. De tous ces médicaments, sauf contre-indications, seuls les comprimés de Stovarsol et de Tréparsol ont donné d'excellents résultats dans le traitement de l'Amibiase sous toutes ses formes, là où les autres remèdes avaient échoué. Ce sont à l'heure actuelle, les meilleures médications contre l'Amibiase intestinale chronique. Depuis leur emploi, la thérapeutique a réalisé un très grand progrès dans sa lutte contre la morbidité et la mortalité de cette affection.

B. — THERAPEUTIQUE GENERALE

A côté du traitement anti-amibiasique que nous venons d'étudier, il y a lieu de traiter l'état général et les lésions occasionnées par l'*Entamœba dysenteriæ*. RAVAUT a attiré l'attention sur les troubles digestifs entretenus par des lésions de sclérose et de dégénérescence de l'intestin dues à l'amibiase, contre lesquels le traitement spécifique ne peut rien.

Cette thérapeutique générale comporte divers éléments dont les plus importants sont : le *régime* et les *médications locales, adjuvantes* et *associées*.

I. — REGIME

La question du régime est une notion capitale qui doit être prise en considération toutes les fois que le tube digestif fonctionne mal. Le régime est appelé à jouer un rôle important dans le traitement de la colite amibienne chronique et s'adresse en particulier aux troubles fonctionnels de la maladie :

1°) *Dans la diarrhée* (Troubles du transit par accélération). – Pour soulager le gros intestin malade, on s'efforce dans la mesure du possible, de ne pas donner trop de substances à digérer dans le côlon — la digestion colique est l'œuvre des microbes de fermentation, d'une part, et des microbes de putréfaction d'autre part, – à savoir la *cellulose* qui se trouve abondamment dans les légumes verts, les fruits crus, le pain et les *substances albuminoïdes* : viande, œufs et lait.

On conseille donc des *aliments* pauvres ou peu riches en cellulose, par conséquent, plus facilement digérés :

Bouillons de légumes, potages aux farines maltées, farines diverses, pâtes, purées fines, riz sans beurre, pain grillé, confitures (dans les *cas aigus*, il faut mettre l'intestin au repos et donner pendant les premières quarante-huit heures, un litre d'eau de riz, dans la journée, à boire par petites prises), et comme *boissons* : eau bouillie (mais indigeste), thé léger, tisanes sucrées.

Ce régime qui réduit notablement l'apport de cellulose et de matières albuminoïdes, met au repos le côlon, mais il nous semble trop sévère. Par tâtonnements, on doit essayer d'introduire dans ce régime, une certaine quantité de viande blanche, grillée (veau, volaille), un peu de jambon, de poissons frais, d'œufs peu cuits, de légumes verts tamisés.

Il n'est pas rare d'observer chez des malades soumis à ce régime, riche en matières amylacées, des selles acides, des microbes iodophiles et de l'amidon non digéré qui traduisent ainsi une *diarrhée de fermentation*. On y remédie par la diminution de l'apport hydro-carboné et par l'introduction d'une certaine quantité de viande, nécessaire à la vie des microbes protéolytiques, antagonistes des microbes de fermentation.

« Régime type :

« *Petit déjeuner* : thé, biscottes, beurre, confitures.

« *Déjeuner de midi* : un plat de viande ou poisson, un plat d'hydrates de carbone, du fromage (rôle important) ou lait caillé, confitures, biscuits secs, biscottes.

« *Quatre heures* : comme au petit déjeuner.

« *Dîner* : un potage avec farines maltées, un plat de viande, poisson ou œuf, un plat d'hydrates de carbone,

comme à midi, marmelade ou confiture, biscuits secs, biscottes.

« Lorsque la tolérance aux hydrates de carbone augmente, augmenter les parties amylacées du régime.

« *Aliments défendus* : farines d'avoine, pommes de terre, châtaignes et marrons. Légumineuses, pois, haricots, lentilles, fèves.

« S'il y a entérite concomitante, se méfier des albumines animales : viande, poisson, lait. Donner surtout poulet ou maigre de jambon. Quand l'entérite diminue, augmenter la quantité d'albumines animales... »

(Jean Baumel).

Inversement, on doit supprimer les éléments putrescibles : viande, œufs, lait, dès l'apparition de signes coprologiques traduisant une *diarrhée de putréfaction* : selles alcalines, putrides.

« *Aliments permis :*

« Potages au bouillon de légumes ou au lait (ce dernier quelquefois mal toléré) ou aux purées de légumes secs finement passés, arrosés avec le jus de cuisson, y adjoindre des farines ou des crèmes de céréales. Potages bien cuits.

« Lait caillé ou Yoghourt ou Kéfir.

« Légumes frais passés et bien cuits. Légumes secs en purée. Pâtes, nouilles, riz à l'eau, au lait, au jus. Pommes de terre (surveiller leur tolérance), en purée ou à l'anglaise ou au four, et finement écrasées.

« Huile ou beurre sur la table pour mettre dans l'assiette (supprimer le beurre au moment des poussées aiguës).

« Fromages frais, Suisse, Gervais. Marmelade de fruits (en cas de diarrhée, donner surtout coings, nèfles, myrtilles). Confitures en gelées. Biscottes de pain grillé.

« Eau vineuse. Infusion chaude après les repas.

« *Usèr modérément et suivant leur tolérance de :*

« Œufs coque ou brouillés. Viandes, introduites prudemment dans l'alimentation quand les troubles aigus ont disparu. Veiller alors à ce que la fétidité des selles ne revienne pas. Donner jambon cuit ou cru (éviter le gras). Viandes rôties ou grillées. Côtelettes d'agneau, bifteack, viande de mouton, volailles.

« *Aliments défendus :*

« Potages gras, soupe de poisson, soupes épicées.

« Porc, sauf jambon, charcuterie, gibier, viandes grasses, oie, canard, pâtés et viandes de conserve.

« Anguille, maquereau, thon, saumon, sardines à l'huile, coquillages et crustacés. Sauces et ragoûts. Crudités. Chou, chou-fleur, oseille, raves, tomates, céleri.

« Fromages fermentés, pâtisserie feuilletée.

« Pomme crue, amandes, noix, noisettes. Pain frais et mie de pain.

« Se rappeler que le trouble de putréfaction disparu ou amélioré, il peut s'installer à sa place un trouble de fermentation » (Jean Baumel).

2°) *Dans la constipation* (Troubles du transit par retard). — La constipation n'est pas rare dans l'Amibiase intestinale chronique. Elle est due souvent aux phénomènes spasmodiques combattus par la *belladone*. Il faut dans de pareils cas, introduire dans le régime, certains aliments riches en cellulose comme légumes verts finement tamisés, fruits crus, afin d'augmenter la masse totale du chyme.

« *Aliments permis sans restriction :*

« Bouillon de légumes avec farine d'avoine ou d'orge. Lait caillé, petit lait, Yoghourt, Kéfir n° 2. Radis, crudités,

melon. Corps gras, beurre, huile d'olive. Légumes frais en branches, salades crues ou cuites, épinard, oseille, chou, chou-fleur, haricots verts, petits pois. Pommes de terre bouillies ou au four avec beaucoup de beurre, soufflés d'orge et d'avoine. Fromages frais, Suisse, Gervais. Fruits gras, amandes, noix, noisettes, souvent indigestes d'ailleurs, mais précisément laxatifs parce qu'indigestes. Fruits crus peu mûrs, surtout à jeûn, oranges, raisins, pommes, figues. Pain avec farine légèrement blutée ou pain bis.

« Boire suffisamment pendant les repas.

« *Aliments permis avec restriction variable suivant les cas :*

« Albumines animales en général : viandes, poissons, œufs. Dans ce dernier cas, permettre de préférence le jaune d'œuf.

« *Aliments défendus :*

« Lait pur, riz, eau de riz, coings, nèfles, myrtilles, chocolat, cacao, thé, café fort, vins rouges riches en tanin ». (J. Baumel).

Ainsi donc, le régime d'un sujet atteint de colite amibienne chronique, dépend de plusieurs facteurs : durée du transit colique, état de la digestion révélée par l'examen coprologique. En règle générale, on proscrit le régime lacté absolu, les aliments irritants, les condiments, la moutarde, les piments, l'alcool, le café, les boissons fortes.

II. — MEDICATIONS LOCALES

Elles ne doivent pas être négligées. L'Amibiase détermine sur le gros intestin des lésions ulcératives de profondeur et d'étendue variable. Après cicatrisation, beaucoup d'intestins dysentériques conservent une muqueuse

très altérée dont les fonctions se trouvent profondément troublées. Ces altérations définitives de la muqueuse du gros intestin étaient appelées *intestin de zinc*. On conçoit donc la nécessité d'instituer de bonne heure un traitement local pour remédier à ces lésions.

De là, l'usage des *lavages intestinaux* ou des *pansements recto-sigmoïdiens*. Nous ajouterons dans ce paragraphe le traitement des *hémorragies intestinales rebelles*.

1°) *Lavages intestinaux*. - Les grands lavements peuvent calmer la douleur et modifier la muqueuse intestinale enflammée. Toutefois, on doit les employer avec précaution et à bon escient. Ils sont indiqués dans les syndromes colitiques sévères, purulents ou hémorragiques.

Un lavement chaud (un litre d'eau salée à 7 p. 1.000) à 40° sous faible pression, avec la sonde de Nélaton, est à conseiller.

Dans l'Amibiase intestinale chronique, divers lavements sont essayés :

Au *Novarsénobenzol* (Ravaut) : 15-30 cg. incorporés à 80 cc. d'eau bouillie avec quelques gouttes de laudanum. Ce lavement au Novar. précédé toujours d'un lavement évacuateur, doit être conservé toute la nuit et renouvelé tous les quatre jours.

Au *bismuth et laudanum* contre la diarrhée ;

Au *nitrate d'argent*, de 0 gr. 20 à 0 gr. 50 p. 1.000 (Le Dantec) pendant quelques jours, ou de 1 p. 500 ou encore de 1 p. 1.000 (Trousseau). D'ordinaire, on emploie la dose de 0 gr. 10 p. 1.000 qui fait disparaître les kystes, mais est irritante.

Au *permanganate de potasse* à 0 gr. 50 par litre (Gastinel).

A la *Liqueur de Labarraque*, à 10 gr. par litre de sérum

salé (Nacl à 5 p. 1.000), additionnés de XX gouttes de teinture d'opium pour faciliter la tolérance intestinale (H. VINCENT).

A *l'eau oxygénée.*

A la *créosote,* de 1 à 2 gr. dissous dans un peu d'huile d'amandes douces, émulsionnés dans 250 à 500 gr. d'eau (DOPTER).

Au *bleu de méthylène,* à 1 p. 1.000.

Au *collargol,* à 1 p. 1.000.

Au *protargol* à 1 p. 1.000 (THIROUX).

Au *sucre de canne,* de 20 à 45 p. 100 (COHENDY, puis VAN DER VOGT). Voici leur technique : un premier lavement évacuateur d'eau bouillie, puis un deuxième lavement médicamenteux donné très lentement (presque goutte à goutte. rectal), afin d'éviter des contractions douloureuses de l'intestin, le malade étant en position genu-pectorale pour garder le lavement aussi longtemps que possible.

A la *trypaflavine,* à 1 p. 1.000.

Au *yatrène* (déjà étudié).

Ces lavages dits cautérisants, assez pénibles à supporter sont mal tolérés par l'intestin déjà enflammé à cause de l'irritation mécanique et médicamenteuse incontestable qu'ils provoquent ; leur abus n'est pas sans danger, car il peut amener de l'entérite muco-membraneuse. Ils doivent être administrés tièdes, introduits avec douceur et employés à la dose de 200 à 300 cc. qu'on augmente avec prudence. On peut donner un lavement tous les jours ou tous les deux jours, suivant la sensibilité individuelle. L'irritation est moindre, si on emploie comme excipient, une décoction de racines de guimauve ou de sérum physiologique à la place de l'eau bouillie.

On peut également essayer les lavages intestinaux avec une solution de tanin :

Laudanum de Sydenham	x gouttes	
Tanin	1 gr.	
Infusé de roses rouges	300 gr.	

ou de bichlorhydrate de quinine :

Chlorhydrate neutre de quinine	1 gr.	ou	0,10
Sel marin	7 gr.50	ou	0,75
Eau distillée	1000 cc.	ou	100

En cas de recto-colite amibienne, on recourt aux suppositoires à l'ichtyol :

Extrait de belladone	ââ : un centigramme
Extrait de jusquiame	
Ichtyolate d'ammoniaque	0 gr. 10
Beurre de cacao	Q. S. pour un suppositoire

ou à l'argent colloïdal :

Collargol	0 gr.05
Eau distillée	V gouttes
Lanoline	ââ : 0 gr. 25.
Cire	
Beurre de cacao	Q. S. pour un suppositoire.

ou une mèche intra-rectale imbibée de vaseline au dermatol (50 p. 100) ;

Ou encore un lavement tiédi le soir, de 200 cc. d'eau avec chlorure de Magnésium et bicarbonate de soude (ââ : 0 gr. 35).

2°) *Pansements locaux.* — Ils sont indiqués particulièrement dans les recto-colites où ils donnent souvent des résultats très appréciables. Ils sont peu irritants. On fait d'ordinaire, des pansements rectaux avec 0 gr. 30 de Novarsénobenzol (dilué dans un peu d'eau), mélangé avec deux cuillerées à soupe de coréine délayées dans un demi-

litre d'eau à 40° auquel on ajoute 10 gr. de carbonate de bismuth et XV gouttes de laudanum. On injecte cette émulsion à la seringue de Guyon.

Un pansement local peut se faire aussi par la lente injection d'un litre d'eau bouillie ou de sérum tenant en suspension 20 gr. de dermatol ou de sous-nitrate de bismuth (Le Dantec), qui se dépose à la surface des ulcérations de la muqueuse rectale.

Friedel a donné la technique suivante : préparer une gelée avec 20 gr. d'agar-agar pour un litre d'eau. Verser trois cuillerées à soupe de cette gelée dans l'eau bouillante qu'on brasse jusqu'à l'obtention d'une consistance crémeuse. Incorporer ensuite à cette masse, suivant les cas, des calmants tels que le laudanum, des désinfectants comme la liqueur de Labarraque, ou des poudres inertes qui pansent la muqueuse altérée. Le malade, resté au lit, garde le pansement le plus longtemps possible.

Enfin, voici la formule des pansements mucilagineux qu'emploie souvent notre maître, le Professeur agrégé Baumel :

Agar-agar, deux cuillerées à café. Dissoudre dans 150 cc. d'eau. Ajouter infusion de camomille à 37° : 650 cc.

Incorporer : antipyrine (en cas de douleurs), ... 2 gr.

Oxyde de zinc . . . . . } ââ : 10 gr.
Dermatol . . . . . .

Faire tiédir au bain-marie. Injecter 150 gr., deux fois par semaine, le soir en se couchant, avec une poire à lavement d'enfant. Garder toute la nuit.

3°) *Traitement des hémorragies intestinales rebelles.* — Les émissions sanguines, si fréquentes au cours dec crises dysentériques, sont quelquefois observées dans l'Ami-

biase intestinale chronique. Elles sont dues ou bien à des hémorroïdes, alors, elles peuvent être amendées par le chlorhydrate d'émétine, ou mieux par les injections sclérosantes. Elles peuvent aussi être dues à des vers intestinaux, alors elles cessent par un traitement énergique au thymol (Brau).

Si elles sont d'origine amibienne, l'émétine n'agit pas. Ravaut et Krolunitzky ont essayé avec quelques succès la cure mixte-émétine-arsénobenzol (injections intra-veineuses), avec quelques lavements de novarsénobenzol, à la dose de 0,15 cg pour 150 gr. d'eau et xx gouttes de laudanum. S'il y a des échecs, on peut essayer des lavements à la poudre d'ipéca (2 gr.) ou l'Elkossam par voie orale, jusqu'à l'arrêt des hémorragies.

⁂

III. — MEDICATIONS ADJUVANTES

Ce sont des médications symptomatiques.

Contre la *constipation*, on emploie les laxatifs doux : huiles de ricin, de paraffine, mucilages (le Mucyllium, spécialité à base de Psyllium, par exemple), sulfate de soude à petites doses (5 gr.), tous les quarts d'heure, jusqu'à effet légèrement purgatif, ou les petits lavements d'huile, les suppositoires à la glycérine selon les préférences des malades.

Contre la *diarrhée*, on doit recourir aux antidiarrhéiques qui sont fort nombreux :

Le tanin, en pilules ou en cachets, de 50 cg. à 1 gr. par jour ; le tanigène en cachets : 2-3 gr. par jour ; le khôsâm, le ratanhia ; les poudres absorbantes, telles que la poudre de charbon : 15 à 30 grammes dans du thé ou de

l'eau, en quatre prises, loin des repas, ou, suivant la formule de Ravaut, fortement indiquée dans les diarrhées de fermentation, ou le carbonate de bismuth, chimiquement pur ; l'acide lactique, sous forme de limonade : un demi-verre le matin et le soir entre les repas ; les ferments lactiques (kéfir, yoghourt), surtout lorsqu'il y a une diarrhée de putréfaction. Les opiacées : opium, extrait thébaïque, laudanum, élixir parégorique, doivent être maniées avec prudence, à petites doses et associées aux laxatifs, pour contrebalancer leur action constipante.

Contre les *colites*, on emploie : le carbonate de bismuth ou mieux, le sous-nitrate de bismuth chimiquement pur, pour absorption buccale : 10 gr. en trois prises avant chacun des repas (une cuillerée à café dans un peu d'eau aux trois principaux repas : petit déjeuner, déjeuner et dîner) pendant dix jours. Se reposer dix jours, recommencer. Le sous-nitrate de bismuth est un médicament *anti-diarrhéique* (surtout diarrhée par putréfaction), à la dose de 1 à 5 gr. ; il est par contre *laxatif*, à la dose de 10 à 20 gr. Il calme également la douleur et régularise le transit intestinal. On diminue cette dose en cas de diarrhée ou l'augmente en cas de constipation, sans jamais dépasser 20 gr. par jour. On doit l'employer à titre adjuvant dans l'Amibiase intestinale chronique, et il est particulièrement utile de l'associer au stovarsol.

Contre les *douleurs*, on utilise l'opium et les antispasmodiques : belladone, atropine, génatropine.

Elixir parégorique : 1 à 4 cuillerées à café ou x gouttes blanches de Galard, ou encore une piqûre de morphine.

Belladone : en pilules, de 0 gr. 02 d'extrait : 1 ou 2 par jour ou xv à xx gouttes de teinture dans un peu d'eau à midi et le soir, par exemple, pendant les dix jours de repos de bismuth.

Sulfate neutre d'atropine : en pilules, de 1/4 ou 1/2 mg; ou mieux :

Génatropine : xx gouttes à chaque repas, ou 1 à 2 comprimés pendant dix jours par mois.

IV. — MEDICATIONS ASSOCIÉES

On associe le Stovarsol à la quinine dans l'Amibiase intestinale chronique chez les paludéens.

On fait faire une cure de thymol ou de térébenthine (en capsules), dans les cas de parasitoses associées.

On prescrit un traitement opothérapique :

Opothérapie surrénale : extraits de glandes surrénales, adrénaline, sérum adrénaliné, contre l'insuffisance surrénale : dépression, asthénie, crampes, petitesse du pouls, douleurs lombaires, hypotension artérielle, phénomènes de la raie blanche de Sergent.

Opothérapie hépatique (injection intra-musculaire ou absorption orale) contre l'anémie. On peut y adjoindre des transfusions sanguines médicales.

⁂

C. — TRAITEMENT CHIRURGICAL

Lorsque tous les moyens médicaux que nous avons envisagés ont échoué dans le traitement de l'Amibiase intestinale chronique, compliquée d'une *occlusion*, il reste à essayer le traitement chirurgical. Toutefois, en cas de rétrécissements rectaux, il faut auparavant essayer la dilatation anale *diathermique*, avec la bougie de Hégar.

Plusieurs modes opératoires ont été proposés :

1°) L'*appendicostomie* permet surtout des lavages intestinaux.

2°) La *cœcostomie* permet la dérivation partielle des matières et met le côlon au repos, les lavages se font plus amplement. On ferme l'*anus iliaque* longtemps après la disparition de tous les symptômes, pour éviter les récidives.

3°) L'*iléo-sigmoïdostomie* n'est pas à conseiller, car les matières refluent dans le côlon du fait de l'antipéristaltisme normal, physiologique, qui existe au niveau du côlon.

4°) La *cœco-sigmoïdostomie* permet l'exclusion et la mise au repos du côlon malade, mais elle est difficile à réaliser sur l'intestin infecté.

5°) La *colectomie totale*, intervention trop sévère, est de moins en moins employée.

6°) L'*hémicolectomie droite* a donné des résultats satisfaisants dans les cas de colite avec stase cœcale.

En résumé, conclut Le Dantec, dans un cas de dysenterie chronique grave, si on veut recourir au traitement chirurgical, il faut donner la préférence à la *cœcostomie*. Ce n'est que dans les cas très exceptionnels qu'on a recours à l'exclusion ou à la résection du gros intestin.

⁂

D. — CRENOTHERAPIE

Les cures thermales sont un moyen thérapeutique très efficace dans les colites qui sont des séquelles de l'Amibiase intestinale chronique.

En France, deux stations sont particulièrement indiquées : *Plombières*, dans les *Vosges*, et *Châtel-Guyon*, dans le *Puy-de-Dôme*.

La cure de Châtel-Guyon, dont les eaux ont un rôle cicatrisant par leurs sels de magnésie, convient aux amibiens qui ont comme séquelles des entérites et colites infectieuses avec fausse diarrhée ou constipation spasmodique ou opiniâtre. Elle agit, d'après RATHERY, surtout sur la motricité intestinale.

La cure de Plombières a surtout une action sur l'élément « douleur » de certaines colites. L'entéro-colite à crises douloureuses, la constipation spasmodique et douloureuse, la diarrhée chronique et les troubles nerveux en sont justiciables.

⁂

E. — REGLES GENERALES

Les diverses thérapeutiques précédemment décrites, ne sont pas des étapes successives d'un traitement, mais doivent se combiner.

Il est avant tout utile de poursuivre le traitement pendant *longtemps*, même en cas de guérison apparente, afin de mettre le malade à l'abri de rechutes et de complications. On pratique ainsi des *cures périodiques*, ayant soin d'alterner ou d'associer successivement diverses médications, suivant la résistance qu'opposent certains cas aux différentes thérapeutiques. Tant que les kystes subsistent il est tout naturel que le traitement ne soit pas interrompu. Il n'y a donc pas de critère absolu en ce qui concerne la cessation du traitement anti-amibien.

Dans l'Amibiase intestinale chronique, il ne faut pas perdre de vue que l'on doit agir sur les kystes amibiens.

Les arsénicaux, surtout le *Stovarsol*, associé ou non à la pâte de RAVAUT, sont tout indiqués. Mais il est à noter que l'association médicamenteuse se justifie par la crainte

de l'accoutumance des parasites, sous l'influence d'un seul médicament.

On prend tous les deux jours la pâte de Ravaut, à raison de trois à douze cuillerées à café par jour au moment des repas et les jours intercalaires, un à six comprimés de Sanluol, espacés dans la journée, ou au moment des repas (méthode de Ravaut).

On peut prescrire quotidiennement ainsi que nous l'avons déjà indiqué, un comprimé de Stovarsol (0 gr. 25) pendant quatre jours consécutifs par semaine, le matin au petit déjeuner dans de l'eau alcaline (les arsenicaux administrés *per os*, agissent également sur les autres parasites intestinaux associés souvent aux amibes).

Il est nécessaire de prolonger ces cures pendant un ou deux mois, avec des intervalles de repos de plus en plus longs. Si le malade n'accuse pas de troubles digestifs, le régime alimentaire strict sera aboli, quitte à le reprendre dès le moindre signe anormal.

Nous croyons utile d'indiquer ci-dessous la manière de formuler de notre maître, le Professeur agrégé J. Baumel:

Contre l'amibiase intestinale chronique :

Stovarsol : comprimés à 0 gr. 25.

Un comprimé à écraser dans un verre de la solution suivante pendant les quatre premiers jours de chaque semaine :

Sulfate de soude	6 gr.
Bicarbonate de soude	4 gr.
Chlorure de sodium	2 gr.

pour un paquet dans un litre d'eau ; 3/4 de verre pendant les quatre premiers jours de chaque semaine.

Deux mois de cure. Un mois de repos.

Reprise de la deuxième cure avec un, deux ou trois comprimés de Stovarsol à 0 gr. 05 par jour, suivant l'état du malade, et ainsi de suite pendant au moins trois ans.

Contre l'élément douleur, contre l'element colitique et le spasme :

Sous-nitrate de bismuth chimiquement pur pour absorption buccale : 150 grammes.

Une cuillerée à café dans un peu d'eau aux trois principaux repas : petit déjeûner, midi et 7 heures, pendant dix jours. Se reposer dix jours, recommencer.

Teinture de belladone : trente grammmes.

xv gouttes dans un peu d'eau, aux repas de midi et de 7 heures, pendant les dix jours de repos du bismuth.

Contre la constipation :

Huile de paraffine : 1-2 cuillerées à soupe le matin à jeûn ou à chaque repas.

Mucilages et surtout graines de Psyllium triées et sélectionnées, type Mucyllium Bernard Garcin : 1, 2, 3 cuillerées à soupe ou plus dans un peu d'eau, de purée ou de potage, aux repas de midi et de 7 heures, ou en dehors des repas, chaque malade devant trouver sa dose.

Contre la recto-sigmoïdite :

Pansements rectaux avec agar-agar (*Cf : Pansements locaux, page* 104).

Contre l'insuffisance hepathique :

Chologogues ou cholérétiques.

Regime normal ou variable, suivant les troubles du transit : (*Cf : Régime,* page 97).

Le *yatrène* n'est employé par voie buccale ou par lavement qu'au cas où les médicaments précédents sont peu tolérés.

On peut alterner les cures de yatrène avec celles d'arsenic pendant plusieurs mois consécutifs.

On s'adresse au *Rivanol* si le yatrène n'agit pas d'une manière efficace ou n'est pas supporté.

On peut ainsi établir, selon les réactions individuelles ou l'efficacité de tel ou tel médicament pour un cas donné, un traitement susceptible de détruire les kystes amibiens et de « blanchir » ainsi la maladie.

L'expérience nous montre que la disparition des kystes est souvent rapide, mais que la guérison clinique n'est obtenue qu'en répétant les cures médicamenteuses, pendant plusieurs années à raison de trois ou quatre cures par an.

Il est bien des cas où les kystes persistent si désespérément — cas fort anciens d'Amibiase ou de résistance aux médicaments — qu'on est obligé de passer d'une médication à l'autre en épuisant toutes les ressources que peut offrir la pharmacopée anti-amibiasique. Carnot préconise la « tyndallisation » — méthode dangereuse s'il en fût — qui consiste à réactiver périodiquement l'infection (extrait biliaire, injection intra-veineuse de cyanure de mercure, purgation, lavement iodé), afin de faire réapparaître les amibes s'il y en a, pour les attaquer par le traitement émétino-arsenical. Ce moyen doit épuiser à la longue les kystes.

Il est exceptionnel que les différentes thérapeutiques préconisées et bien conduites n'amènent pas la guérison définitive. Mais, malheureusement, il est des cas où les traitements même bien dirigés s'avèrent inefficaces.

On remarque parfois la persistance de certains troubles intestinaux dus à la colite chronique, et c'est alors que

le régime et le sous-nitrate de bismuth, etc... étudiés précédemment entrent en scène, afin de provoquer la régression des symptômes de cette inflammation.

Nous avons signalé aussi les parasites associés aux amibes : lamblias, trichocéphales, dont il est indispensable de se débarrasser avant de combattre l'Amibiase.

Enfin, si le sujet est déficient, il faut se préoccuper de relever son état général.

Comme on peut s'en rendre compte, avant de conclure à un échec thérapeutique, il faut passer en revue toutes les causes qui peuvent rendre un traitement inefficace et en les identifiant pour pouvoir les combattre avec acharnement, il est rare de ne pas voir s'accroître les chances de guérison.

CHAPITRE VII

Observations

Nous publions ci-dessous, trente-six observations seulement, réparties en deux groupes :

1°) Le premier nous a servi de base à la description de diverses formes cliniques de l'Amibiase intestinale chronique.

2°) Le second, qui a fait l'objet de plusieurs communications à diverses sociétés savantes, illustre le rôle thérapeutique du Stovarsol.

Nous tenons à signaler qu'il résulte des observations recueillies par les soins de nos amis : les docteurs Cauvy, Birot et Tateossian, ou par nous, à la *Consultation de Gastro-Entérologie et d'Endoscopie digestive*, sous la direction de notre maître, le Professeur agrégé Jean Baumel, que le traitement anti-amibiasique par le *Stovarsol* joue un si grand rôle non seulement par l'efficacité du médicament, mais encore par sa facilité d'absorption, que notre maître juge inutile d'essayer d'autres médications lorsque cette dernière est bien tolérée.

OBSERVATIONS

Premier Groupe

Troubles intestinaux variés

OBSERVATION I

(Hôpital Saint-Eloi. — Service de Clinique Médicale : Professeur VIRES

Consultation de Gastro-Entérologie et d'Endoscopie digestive : Professeur agrégé BAUMEL

F. B... 25 ans. — Vient consulter le 9 Mars 1936 pour des troubles digestifs consécutifs à une dysenterie contractée au Soudan il y a 3 ans.

Appétit bon, sans dégoût électif. Pas de brûlures, de ballonnements, de gonflements, ni de renvois, nausées ou vomissements.

Douleurs abdominale surtout dans la région hépatique et après le petit déjeuner, peu intenses et peu durables, comparables à une sensation de piqûre. Faux besoins, ni épreinte, ni ténesme. Diarrhée par périodes. Les selles contiennent beaucoup de glaires mais pas de sang, ni de peaux.

A été soigné par M. le Professeur BOULET (émétine et stovarsol). N'a pas maigri.

ANTECEDENTS. — Paludisme il y a 15 ans puis dysenterie.
Parents, 2 frères et 1 sœur, tous en bonne santé.

EXAMEN CLINIQUE. — Langue sale. Denture bonne. Légère douleur dans la fosse iliaque gauche. Foie et rate normaux. Pas d'autres signes de lésion organique.

EXAMEN RECTOSCOPIQUE. — Le tube rectoscopique pénètre facilement à travers le sphincter anal dans la cavité rectale. On le fait progresser sous le contrôle de la vue jusqu'à 20 cm. Sur tout ce trajet la muqueuse est œdématiée et saigne en nappe. Un cathétérisme rétrograde ne permet pas de faire d'autres constatations.

EXAMEN COPROLOGIQUE. — Pas de kystes ni de parasites.

DIAGNOSTIC. — Amibiase intestinale chronique.

TRAITEMENT. — Stovarsol. Bismuth. Belladone et Régime : *Amélioration.*

Type de constipation chronique

OBSERVATION II

(E. Speder, *Maroc-Médical* ; 15 Août 1931)

In *thèse* d'Oswaldo Vaca Diez, Paris 1934

Depuis des années ce malade est soigné pour de la constipation chronique rebelle. Au début, il avait à intervalles éloignés de courtes périodes de diarrhée, mais, depuis des mois les matières sont dures, en scybales, graisseuses, et ne sont di-il évacuées que grâce aux multiples médicaments dont les flacons garnissent trois étagères de son cabinet de toilette. On lui a trouvé de l'allongement et de la dilatation gastrique et une ptose de l'intestin qui nécessitera peut-être, a-t-on dit, une intervention chirurgicale, telle qu'une colectomie. En attendant, le malade porte une ceinture avec pelote. N'ayant jamais de selles molles, on a écarté d'emblée, si l'on y a pensé, l'idée d'amibiase. Pourtant, l'examen radiologique ayant orienté le diagnostic vers l'amibiase, des examens microscopiques ont été faits, l'un a été positif après les quatrième et sixième

mois après l'examen radiologique. Le traitement émétino-arsenical a eu un plein succès, les selles se régularisent, le malade perd son teint terreux ; bref c'est la guérison complète d'une infirmité remontant à 4 ou 5 ans.

Troubles gastro-intestinaux variés

OBSERVATION III

(Hôpital Saint-Eloi. — Service de Clinique Médicale : Professeur VIRES

Consultation de Gastro-Entérologie et d'Endoscopie digestive : Professeur agrégé BAUMEL)

F. E..., 35 ans. — Vient le 5 mars 1936 consulter pour des troubles gastro-intestinaux datant depuis janvier 1931, par suite d'une dysenterie amibienne contractée à Hanôi (Tonkin) dont le diagnostic a été confirmé par l'examen microscopique des selles (amibes puis kystes). Le malade se plaint en effet de l'anorexie, des ballonnements, des gonflements, des renvois acides de quelques nausées le matin à jeun et de vomissements glaireux, de la digestion très pénible, des alternatives de constipation et de diarrhée, du ténesme rectal, mais pas de faux besoins. Ses selles très foncées, sont putrides, glaireuses et non striées de sang, dit-il. Cette symptomatologie survient par crises d'environ 2 à 3 jours. En a eu 5 en 3 mois. A maigri de 4 kilos, en 1 mois.

ANTECEDENTS. — Fluxion de poitrine à l'âge de 8 ans.

Marié. Pas d'enfants.

A été en Indochine en 1930. Y a contracté la dysenterie amibienne et a eu de l'ictère catarral la même année.

Appareil circulatoire. — A souvent des palpitations accompagnées d'angoisse précordiale. Serait un peu essoufflé en montant les escaliers. T. A. : 16,5-10.

Appareil respiratoire. — Rien à signaler en dehors de la fluxion de poitrine.

Système nerveux. — Troubles insomniques fréquents avec cauchemars.

EXAMEN CLINIQUE. — Langue sale, denture bonne. Sensibilité du plexus solaire. Sensibilité de tout l'abdomen. Murphy sensible. Foie et rate normaux.

EXAMEN COPROLOGIQUE. — Ni kystes tétragènes, ni parasites.

EXAMEN RECTOSCOPIQUE. — (Le 5 Mars 1936).

Le tube rectoscopique pénètre facilement à travers le sphincter anal dans la cavité rectale. On le fait progresser sous le contrôle de la vue jusqu'à 17 cm. Sur tout ce trajet, la muqueuse est pâle, vernissée, mais on note un riche lacis vasculaire. On ne voit que deux ulcérations. La paroi est le siège de spasmes très marqués. Un cathétérisme rétrograde pratiqué en retirant le tube ne permet pas de faire d'autres constatations.

DIAGNOSTIC. — Séquelles de l'Amibiase intestinale contractée au Tonkin.

TRAITEMENT :

1°) Stovarsol : comprimés à 0 gr. 25.

2°) Sulfate de soude ..... 6 gr.
Bicarbonate de soude ..... 4 gr.
Chlorure de sodium..... 2 gr.

pour 1 paquet dans un litre d'eau ; 3/4 de verre pendant les 4 premiers jours de chaque semaine.

3°) Teinture de belladone.

4°) Cholagogue léger.

5°) Mucyllium Bernard-Garcin.

6°) Régime ordinaire.

2 mois de traitement. 1 mois de repos.

Le 6 Juillet 1936. — Amélioration notable. Appétit bon. Pas de nausées, ni de vomissements. 1-2 selles par jour bien moulées. Plus de coliques, d'épreintes et de ténesme. Légère douleur dans l'hypocondre. Aurait repris du poids.

EXAMEN. — Langue propre. Sensation solaire légère. Pas de Murphy. Légère corde colique gauche. Foie et rate normaux.

RECTOSCOPIE. — Muqueuse rectale normale. Pas d'autres constatations par cathétérisme rétrograde.

TRAITEMENT. — Stovarsol : comprimés à 0 gr. 05 (3 comprimés par jour).

Mucyllium Bernard-Garcin.
Teinture de belladone.

Le 26 Octobre 1936. — Amélioration notable.

RECTOSCOPIE. — Muqueuse normale.

TRAITEMENT : Stovarsol : comprimés à 0 gr. 05 (2 comprimés par jour).

Cholagogue léger.

OBSERVATION IV

(Hôpital Saint-Eloi. — Service de Clinique Médicale : Professeur VIRES

Consultation de Gastro-Entérologie et d'Endoscopie digestive : Professeur agrégé BAUMEL)

K. M..., 29 ans. — Vient consulter le 28 Février 1936 pour des troubles digestifs constatés depuis 2 ans mais aggravés depuis 2 mois : anorexie surtout élective pour les corps gras, brûlures, ballonnements, renvois, nausées fréquentes, quelquefois vomissements alimentaires, le tout après les repas. Douleurs abdominales sous forme de coliques. Alternatives de diarrhée et de constipation. Sang après la défécation, peaux et glaires. A maigri de 10 kilos, en 2 ans.

Le début des troubles digestifs remonte à 2 ans, aucune précision sur l'évolution.

ANTECEDENTS. — Né en Turquie. Père et mère ? A eu 2 fois la blennorragie. Ethylisme et tabagisme.

EXAMEN. — Langue sale. Denture moyenne. Plexus solaire normal. Pas de Murphy. Légère corde colique gauche. Pas de douleur au Mac Burney. Foie et rate normaux.

Appareil respiratoire. — Submatité à droite du sommet jusqu'à mi-hauteur. Pas de bruits anormaux.

Autres appareils : rien à signaler.

RECTOSCOPIE. — Hémorroïdes. Muqueuse rouge, vernissée. Spasmes. Quelques ulcérations peu importantes.

DIAGNOSTIC. — Recto-colite amibienne.

TRAITEMENT. — Stovarsol. Sulfate, bicarbonate de soude et chlorure de sodium. Bismuth. Tonique et régime :

Amélioration

OBSERVATION V

(Hôpital Saint-Eloi. - Service de Clinique Médicale : Professeur VIRES

Consultation de Gastro-Entérologie et d'Endoscopie digestive : Professeur agrégé BAUMEL)

P. F..., 36 ans. — Vient consulter le 15 Avril 1936 pour des troubles gastro-intestinaux : 1 heure après les repas : douleurs dans la région précordiale (striction, palpitation) disparaissant 1/2 heure après. Ballonnement abdominal et douleurs type de coliques surtout après le repas du soir 1 heure après et disparaissant vers le milieu de la nuit, calmée par l'émission d'une selle. Constipation avec alternative de diarrhée (2-3 selles) avec sang rouge (a des hémorroïdes). Quelques glaires et peaux en période de constipation. Faux besoin, ténesme, épreinte. Constipation apparue en 1930. Ni ictère, ni colique hépatique.

ANTECEDENTS. — Service militaire au Maroc en 1920. Mineur. A contracté la dysenterie et le paludisme. Marié. Pere mort accidentellement. Mère morte en 1900 de variole. Pas de frères, ni de sœurs. Femme en bonne santé (jamais de fausses couches) 3 enfants en parfaite santé.

EXAMEN CLINIQUE. — Langue sale. Denture moyenne. Légère sensibilité du plexus solaire. Foie et rate normaux. Pas de Murphy. Pas de Mac Burney. Corde colique gauche. Etat général bon. Pas d'autres signes de lésion organique. Tension artérielle : 14/8.

EXAMEN COPROLOGIQUE. — Le 20-4-36 : Kystes Chilomastix peu nombreux Blastocystis. Nombreuses hématies. Fibres musculaires non digérées.

DIAGNOSTIC. — Amibiase intestinale chronique.

TRAITEMENT. — Stovarsol. Teinture de belladone. Sous-nitrate de bismuth et Mucyllium : *Amélioration.*

Troubles gastriques

OBSERVATION VI

(Hôpital Saint-Eloi. — Service de Clinique Médicale : Professeur VIRES

Consultation de Gastro-Entérologie et d'Endoscopie digestive : Professeur agrégé BAUMEL)

S. I..., 20 ans. — Vient consulter le 27 Février 1936 pour des troubles gastriques : sensation de brûlure, de pesanteur 2 h. après les 2 principaux repas ; mais surtout accentuée après le repas du soir, durant 1 ou 2 h. Douleurs apparaissant au creux épigastrique et irradiant soit derrière le sternum, soit vers les hypocondres, soit encore parfois vers le milieu du dos. Pas de nausées, ni de vomissements. Selles normales : ni diarrhée, ni constipation. A présenté il y a 4 mois alors qu'il était en Egypte, des selles diarrhéiques : 3 ou 4 selles par jour, sanglantes avec glaires et peaux pendant 15 jours et les troubles gastriques ont suivi cet épisode diarrhéique. Depuis 1 mois, poussée d'urticaire avec prurit, selles et urines normales.

ANTECEDENTS. — A toujours eu des digestions pénibles. Diphtérie vers 15 ans. Rhumatisme articulaire aigu (t. cardiaques). Jamais de coliques hépatiques. Parents en bonne santé. A perdu 2 ou 3 frères en bas âge (gastrite ? pulmonaire ?) 5 frères ou sœurs en bonne santé.

EXAMEN. — Langue et denture normales. Sensibilité solaire. Murphy positif. Fosses iliaques, foie et rate normaux.

RECTOSCOPIE. — Le tube rectoscopique pénètre facilement à travers le sphincter anal dans la cavité rectale. On le fait progresser sous le

contrôle de la vue jusqu'à 17 cm. Sur tout ce trajet la muqueuse est rouge, congestionnée avec de nombreuses petites ulcérations qui font encore mieux ressortir la muqueuse œdématiée aux alentours. Cathétérisme rétrograde : pas d'autres constatations. Pas d'hémorroïdes.

Le 28-2-36. — *Tubage duodénal* : Biles A, B et C. Dans les 3 biles : quelques cellules desquamées ; pas de leucocytes, ni pyocytes, ni parasites.

EXAMEN DES SELLES. — Cellules à amidon non digérées. Fibres musculaires non digérées. Flore iodophile. Leucocytes rares. Pas de parasites.

CHIMISME GASTRIQUE. — Sans histamine. Quantité envoyée : 38 cc.

HCL libre	0,11
HCL combiné	0,36
HCL total	0,47
Acidité totale	0,65
Acidité lactique	traces normales
R. de Meyer	+

DIAGNOSTIC : Amibiase.

TRAITEMENT : Stovarsol (0,25) et acide chlorhydrique.

Le 20-4-36. — Amélioration notable : plus de brûlure et pesanteur gastrique ; plus de nausées et de vomissements. Alternance de diarrhée et de constipations. Selles avec glaires. *Prurit* surtout la nuit. N'a pas maigri.

TRAITEMENT. — Antiprurigineux.
Acide chlorhydrique.
Mucyllium.

Le 4 Mai 1936. — Douleur gastrique. Brûlures. Prurit généralisé. Douleur dans la région précordiale. Douleur lombaire bilatérale. Constipation avec faux besoins. Œdèmes surtout à la main et aux jambes.

EXAMEN. — Corde colique gauche.

TRAITEMENT. — Stovarsol : 2 comprimés à 0 gr. 05 par jour.
Bismuth.
Mucyllium.

Le 21 Juin 1936. — Grosse amélioration. Continuation du même traitement.

OBSERVATION VII

(Hôpital Saint-Eloi. - Service de Clinique Médicale : Professeur VIRES

Consultation de Gastro-Entérologie et d'Endoscopie digestive : Professeur agrégé BAUMEL

A. G..., 25 ans. — Vient dans le service le 25 Janvier 1936. A été opéré d'hémorroïdes dans le service du Professeur RICHE. Se plaint depuis cette opération de troubles *dyspeptiques* :

Anorexie surtout élective pour les corps gras

Ni brûlures, ni douleurs, mais sensation de *boule rétro-sternale* 2 h. après le repas avec sensation de plénitude de l'estomac et ce durant quelquefois 2 à 3 jours pendant lesquels anorexie absolue.

Rarement quelques nausées à jeun. Pas de vomissements. Pas de douleurs abdominales.

Constipation : ne va à la selle que par des laxatifs. A eu des peaux, glaires. Pas actuellement. Pas de faux besoins, ni de ténesme. un peu d'épreintes toutefois.

Il y a 7 ans, aurait débuté par une indigestion. Progressivement s'est installé ce syndrome qui a évolué par périodes irrégulières de quelques jours à quelques mois, entrecoupées de périodes de repos.

ANTECEDENTS. — Dysenterie amibienne en 1919 contractée à Alger, peu de temps après le début des troubles digestifs. A été soigné pour troubles digestifs consécutifs à sa dysenterie. Père et mère un frère et une sœur en bonne santé.

EXAMEN. — Langue sale. Denture normale. Foie et rate normaux. Pas d'autres signes de lésion organique.

DIAGNOSTIC. — Amibiase intestinale chronique.

TRAITEMENT. — Stovarsol, sulfate, bicarbonate de soude et chlorure de sodium et Bismuth : *Guérison*.

OBSERVATION VIII

(In *Thèse* de CHARPIN, Paris 1919)

Po... 19 ans. N'a jamais quitté Marseille. Dit souffrir de l'estomac depuis l'âge de 6 ans. A 8 ans est soigné pour « ulcère de la bouche de

l'estomac », a une hématémèse abondante de sang coagulé. Rechuté à 13 ans. Nous est envoyé pour « ulcère de l'estomac ». Trois ou quatre heures après le repas, crampes d'estomac très douloureuses, nausées, régurgitations aiguës et d'odeur très mauvaise après lesquelles le malade se sent soulagé. Constipation habituelle, de temps à autre diarrhée. Po... aurait parfois remarqué dans ses selles, des glaires et des caillots de sang. A l'examen des selles, kystes dysentériques, nombreuses amibes immobiles. Traitement anti-amibien par voie buccale.

Les kystes disparaissent et simultanément les troubles digestifs sont très améliorés. Po... a gagné 2 kilogs. Il sort, après 40 jours d'hôpital, apte à reprendre son service.

OBSERVATION IX

(E. Speder, *Maroc-Médical*, 15 Août 1931)
In *thèse* d'O. Vaca Diez, Paris 1934

Le malade était un gros mangeur il y a un ou deux ans. Maintenant il craint les invitations. De suite son estomac est encombré, ses digestions sont lentes ; il a des brûlures épigastriques une ou deux heures après chaque repas, des renvois acides, parfois des vomissements, non alimentaires il est vrai. Depuis quelque temps, il accuse un point douloureux fixe qui n'est calmé ni par les poudres saturantes ni par le régime. Le malade craint l'ulcère ou le cancer de l'estomac.

Il veut qu'un examen radiologique le renseigne de façon précise. Il est inutile de regarder l'intestin, il fonctionne très bien, dit-il ; depuis qu'il surveille son régime, les bols fécaux sont plus réduits ; c'est à son sens une preuve de l'excellence de l'assimilation.

L'examen radiologique poursuivi pendant trois jours ne décèle aucun signe d'ulcère ou d'infiltration de l'estomac ou du duodénum. Le siège de la douleur est un point sur le côlon transverse avec un point douloureux épigastrique, point douloureux soléaire lui aussi très accusé et la pression provoque un état nauséeux.

L'estomac est simplement hypertonique ; il se vide très rapidement. Du côté de l'intestin, on trouve une stase cœcale, un spasme très marqué du côlon ascendant, une contracture persistante du transverse, du spasme du côlon descendant à sa partie inférieure : bref, colite spasmodique. Pas d'amibes décelées. Traitement antiamibien : guérison.

Manifestations Hépatiques

OBSERVATION X

(Professeur agrégé Jean BAUMEL. — *Maroc-Médical*, Avril 1936)

Mlle P. Ch... âgée de 25 ans, de Sète, vue en Décembre 34. Née en Indochine; a quitté ce pays à l'âge de 36 mois.

Se plaint de troubles gastriques, ballonnements et crampes, avec sensation de pesanteur siégeant au niveau de *l'hypocondre droit.*

Appétit conservé, douleurs gastriques rythmées par l'alimentation. Nausées fréquentes.

Douleurs abdominales droites à peu près continuelles. Une selle tous les jours, moulée, sans glaires.

Urines acajou avec urobiline et pigments biliaires.

Céphalées.

A l'examen : Langue sale, plexus solaire hyperesthésie. Corde colique gauche. Foie hypertrophié débordant de 4 à 5 cm., dur, lisse : rate percutable.

Radiologiquement spasme colique gauche très marqué. Foie hypertrophié et homogène, rate volumineuse.

Rectoscopiquement: muqueuse très congestionnée, parois très spasmées, pas d'ulcération.

Examen des selles : kystes tétragènes.

Traitement anti-amibien, guérison totale, foie redevenu normal, reprise de poids importante en quelques semaines.

OBSERVATION XI

(Professeur agrégé Jean BAUMEL. — *Maroc-Médical* Avril 1936)

M. Ber... Ant. 42 ans, de Sète, employé au P.L.M., vu en 1929. Séjour à Madagascar. Dysenterie au Maroc en 1917.

Anorexie, ballonnement gastrique immédiatement après les repas Nausées fréquentes. Sensation de gêne au niveau de *l'hypocondre droit.*

Une selle quotidienne, alternatives de diarrhée et de constipation banales, pas de douleurs à la défécation, pas de glaires.

A l'examen : langue sale, plexus solaire sensible, corde colique gauche peu marquée. Foie énorme, dur, lisse, débordant de 8 à 10 cm. Rate percutable. Etat général très défectueux, amaigrissement de 20 kilogs.

Radiologiquement : estomac et duodénum normaux. Spasme colique gauche léger. Foie énorme, homogène. Dôme diaphragmatique droit surélevé.

Examen des selles : Amibes et kystes d'amibes tétragènes.

Traitement mixte : Emétine et Novarsénobenzol. Guérison remarquable en quelques semaines, avec foie redevenu normal, augmentation considérable de poids.

Grand Abcès Amibien du Foie guéri par le Traitement Médical

OBSERVATION XII

(A. CHAUFFARD et Robert CLEMENT. — *Société Médicale des Hôpitaux*, Séance du 1er Mai 1925

.....

.....

R.... a fait de longs séjours dans les pays où sévit la dysenterie amibienne : de 1904 à 1908 dans le sud tunisien ; de 1908 à 1911 en Serbie ; en 1912 et 1913 en Nouvelle-Calédonie ; de 1916 à 1919 au Maroc.

C'est en Nouvelle-Calédonie en 1912 qu'il contracta la dysenterie. Pendant huit jours il eut des selles sanglantes toutes les demi-heures. Après guérison survenue à la suite d'une thérapeutique symptomatique le sujet devint un constipé.

Dans ses antécédents on ne retrouve pas d'autres affections que des troubles dyspeptiques d'allure intermittente. Il nie la syphilis, la séro-réaction de Bordet-Wassermann est négative.

Les premiers symptômes de l'affection actuelle apparurent le 17 Octobre 1924 ; frissons, fièvre, toux sèche et quinteuse, point de côté firent penser à une pleurésie. De cette date au 4 février 1925 où le malade entra à l'hôpital Saint-Antoine, son état alla en s'aggravant : subfébrile, anorexique, il s'anémia et maigrit de 7 kilogrammes.

C'est dans cet état d'affaiblissement que nous l'examinons. Le foie est très volumineux, souple, élastique, mais douloureux à la palpation avec réveil d'une sensibilité exquise sur le rebord costal. A ce niveau on perçoit des frottements péritonéaux. Au-dessus existe un petit épanchement pleural composé d'un liquide citrin contenant de nombreuses hématies, cellules endothéliales et polynucléaires, quelques lymphocytes ; aucun germe microbien, aucune amibe ne peuvent être décelés. La rate n'est pas perceptible. Les divers appareils respiratoire, digestif, circulatoire, paraissent peu touchés.

L'hypertrophie hépatique fut confirmée par l'examen radioscopique qui révéla en outre une surélévation du diaphragme droit, de forme régulière, visible aussi bien en position antéro-postérieure qu'en position latérale. Le tracé cyrtométrique du thorax confirmait l'ampliation de l'hémithorax droit, perceptible à l'œil et à la main.

L'examen du sang montrait une leucocytose de 12.600 avec polynucléose, 75 p. 100 de polynucléaires, et anémie 2.800.000 globules rouges. La recherche des amibes et des kystes dans les selles, après lavement irritant et enrichissement des selles, fut négative ainsi que l'examen rectoscopique. La muqueuse normale ne présentait même pas la rougeur que l'on observe parfois chez les anciens dysentériques.

Le diagnostic de grand abcès du foie fut posé et le traitement émétinien institué à la dose de 0 gr. 08 par jour. Dès le lendemain, la température tombe, le malade se sent mieux, il peut respirer à fond. Dès le deuxième jour, la matité diminue à la base droite et les signes d'épanchement pleural sont remplacés par de gros frottements ; la ponction exploratrice est négative. Une série de 6 injections d'émétine sous-cutanées fait disparaître la douleur, supprime l'épanchement pleural et transforme l'état général. Mais le poids reste stationnaire à 50 kilogrammes durant toute la série ; la courbe de poids par contre devient très rapidement et très fortement ascendante dès le lendemain du jour, où à l'émétine, nous avons substitué le Stovarsol à la dose de 0 gr. 50. Cette ascension se

poursuit pendant la deuxième série d'émétine et la deuxième cure de Stovarsol de sorte qu'en un mois notre malade a engraissé de 8 kilogrammes et a pu sortir en excellent état général.

Parallèlement les signes locaux se transformaient : toute douleur, toute sensibilité de la région hépatique à la palpation ou à la respiration profonde disparaissaient rapidement. Les frottements pleuraux et péritonéaux s'effaçaient et le foie, énorme au début, rétrocédait jour par jour sous nos yeux. Des orthodiagrammes en série nous ont permis de mesurer exactement cette diminution qui s'est faite selon tous les diamètres. La hauteur du foie qui atteignait 21 cent. 5 le 4 février, passa à 18 centimètres le 16 février, pour atteindre 17 centimètres le 28 mars. La dénivellation de la coupole diaphragmatique droite par rapport à la gauche, qui était au début, le 4 février, de 7 centimètres, passa à 6 cent. 5 le 21 février et à 4 centimètres le 11 mars. La diminution se fit d'abord aux dépens du lobe gauche et de la partie postérieure du lobe droit, permettant ainsi de supposer le siège de l'abcès.

C'est cliniquement guéri que le malade est sorti.

.....
.....
.....
.....
.....

Forme Appendiculaire

OBSERVATION XIII

Hôpital Saint-Eloi. — Service de Clinique Médicale : Professeur Vires

Consultation de Gastro-Entérologie et d'Endoscopie digestive : Professeur agrégé Baumel

W. A.... né en Haute-Silésie, âgé de 33 ans. A travaillé dans les mines. S'engage à la légion étrangère au Maroc.

A contracté la dysenterie amibienne. Est opéré 7 mois après pour abcès du foie d'origine amibienne, ce qui lui vaut d'être réformé 2 ans après.

Mai 1934. — Premier séjour salle Bichat :

1) *Evacuations très fréquentes et très minimes* : tantôt de selles putrides analogues à un crachat séro-sanguinolent, tantôt de matières diarrhéiques, brunâtres contenant des peaux, ou nettement sanglantes.

2) *Douleurs abdominales spontanées* siégeant sur le trajet du côlon descendant, survenu principalement avant et au moment des évacuations.

3) *Epreintes, ténesme.* — Le malade avait les faux besoins et éprouvait une sensation de constriction anale douloureuse surtout après la défécation.

4) *Une rectoscopie* pratiquée à ce moment là avaît révélé la présence d'ulcérations recto-sigmoïdiennes avec des glaires en quantité importante.

5) Un examen de selles avait montré la présence de kystes et d'amibes dysentériques.

Après un traitement approprié, le malade sort du service 20 jours après.

Il y rentre le 13 Janvier pour des troubles digestifs caractérisés par:

Un état nauséeux sans vomissement ;

Un état dyspeptique avec anorexie, ballonnements ; gonflements, renvois acides après les repas ;

Un état intestinal caractérisé par : des douleurs dans la fosse iliaque droite, légères, intermittentes, à la fin des périodes digestives ; des alternatives de diarrhée et de constipation ; quelques faux besoins, un peu d'épreinte, de ténesme rectal. La période diarrhéique se termine par du meloena.

Etat général : A légèrement maigri.
Pas de fièvre.

EXAMEN. — Aspect relativement floride.

Cicatrice dans la région hépatique d'environ 12 cm, adhérente, légèrement sensible.

Foie et rate normaux.

Pas de signes de léison organique mais :

1) Pression douloureuse au Mac Burney.

2) Radiologie : Pas d'ulcérations ni de néo-formations mais point douloureux très vif sur le bord interne du bas fond cœcal et quelques spasmes coliques.

3) Une nouvelle rectoscopie, pratiquée il y a 5 jours, n'a pas permis de relever la moindre ulcération dans la région recto-sigmoïdienne.

Devant des signes cliniques aussi nets, on peut affirmer qu'on se trouve en présence d'un malade atteint *d'appendicite chronique d'emblée* survenant à la suite d'une amibiase intestinale.

TRAITEMENT. — Stovarsol.
Bismuth.
Belladone.

OBSERVATION XIV

(E. Speder, *Maroc-Médical*, 15 Août 1931)
In *thèse* d'O. Vaca Diez, Paris 1934

Une douleur localisée dans la fosse iliaque droite interrompt les jeux de cet adolescent, ou bien elle crispe le visage de la jeune femme au cours d'une réunion mondaine.

Le médecin de famille examine le malade. Ses doigts sentent un boudin dans la fosse iliaque droite où il y a un point douloureux. On n'insiste pas : il s'agit sans doute d'une crise d'appendicite. Glace sur le ventre. La température est normale. Le lendemain la douleur est disparue ou elle est moins vive ; la crise est passée, dit-on ; cependant le médecin éveille encore une sensibilité assez vive en palpant la région appendiculaire.

Quelques jours après, même tableau ; la pression retrouve un point sensible plus haut placé, mais ce doit être par suite du déplacement du cæcum et de l'appendice, car chacun sait que le cæcum est très mobile.

Glace à nouveau ; morphine ; le calme survient le lendemain.

Le malade dit que depuis quelque temps, sa fosse iliaque droite est sensible, qu'il a des variations d'appétit, des pâleurs subites depuis plusieurs semaines ou plusieurs mois. Cependant lorsqu'on parle d'intervention, les parents ne veulent rien décider avant d'avoir pris leurs garan-

ties. Que dirait la grand'mère ou la mère restées en France ? L'examen radiologique est demandée pour confirmer ou infirmer le diagnostic d'appendicite : le radiologiste trouve un cœcum un peu distendu, mais mobile, non sensible, ni à sa partie moyenne, ni au niveau de son pôle inférieur. Par contre, à 4 ou 5 travers de doigt plus haut, au 1/3 inférieur du côlon ascendant ou vers son tiers supérieur, on note un spasme localisé, déformant considérablement l'intestin et se reproduisant après avoir été effacé par la palpation.

Si le malade passe de la position verticale à la position horizontale, ou dans la position de Trendelenburg, ces déformations disparaissent, en grande partie ; lors de la palpation sous-écran, on trouve également de l'hyperesthésie gauche, un côlon descendant très spasmodique et presque plus douloureux que le côlon ascendant. Ces points douloureux du côlon descendant ne peuvent d'ailleurs être retrouvés que si l'on palpe le malade debout, car dans le décubitus, l'angle gauche remonté vers le diaphragme et toute une partie du descendant n'est plus accessible à la main.

Le radiologiste attire l'attention vers ces localisations des spasmes qui ne sont pas uniquement cœcaux et périappendiculaires et il faut songer à l'amibiase chronique.

L'examen microscopique est positif : le diagnostic d'amibiase est accepté. Le traitement anti-amibien a une action favorable.

D'autres fois, le laboratoire ne trouve pas d'amibes et cette constatation négative est opposée à l'hypothèse émise par le radiologiste. La famille insistant, le médecin traitant accepte cependant de faire un traitement par l'émétine et l'arsenic et nous connaissons plusieurs cas où le malade guérit et depuis lors il n'a plus eu de crises.

Nous en connaissons d'autres aussi dans lesquels l'intervention chirurgicale n'a rien supprimé des troubles qu'avaient paru motiver l'opération et qui n'ont disparu que par un traitement antiamibien. Dans d'autres cas enfin, les troubles n'ont été qu'atténués par l'émétine et une intervention a été justifiée par une localisation à l'appendice d'une lésion déjà ulcérée.

OBSERVATION XV

(In *Thèse* de Charpin, Paris 1919)

Poll..., 33 ans. Avant la mobilisation, habitait Marseille. Il eut, en 1910 et 1913, des crises abdominales très douloureuses qui furent étiquetées

« crises d'appendicite ». Depuis les selles ne sont plus normales : alternatives de diarrhée et de constipation.

Venant de Verdun, il se fait hospitaliser pendant une permission. Il se plaint surtout de constipation opiniâtre. De plus, après le repas, sensation de brûlures épigastriques, parfois vomissements alimentaires; quelques douleurs dans la fosse iliaque droite. Aucun autre signe anormal.

On trouve dans les selles des kystes dysentériques. Après un traitement par injections d'abord, puis par voie buccale, le malade très amélioré, part en convalescence.

Forme Diarrhéique

OBSERVATION XVI

(In *Thèse* de Charpin, Paris 1919)

Man..., 37 ans, souffrait depuis l'âge de 19 ans d'alternatives de diarrhée et de constipation. Ces troubles s'étaient accusés depuis son service militaire. Ils le firent évacuer du front de Champagne. Rien dans les antécédents ne permettait de suspecter l'amibiase : aucun séjour aux colonies ou même dans le Midi, aucune crise dysentérique même légère. Le père du malade, vigneron en Champagne, avait lui-même depuis très longtemps de la *diarrhée*. Cependant les selles contenaient des kystes dysentériques et cet homme qui traînait depuis deux ans dans les hôpitaux put, après deux mois de traitement anti-amibien, être renvoyé à son corps et reprendre son service.

Forme Rectale

OBSERVATION XVII

(In *Thèse* de CHARPIN, Paris 1919)

R..., 38 ans. — N'a jamais quitté la France. A toujours habité sur le littoral méditerranéen. Depuis 10 ans éprouve des envies d'uriner fréquentes et douloureuses, rendues plus aiguës par la fatigue et particulièrement par tout voyage en chemin de fer. Sensation de brûlure à l'anus, alternatives de constipation et de diarrhée. Un spécialiste, pensant à une prostatite, le traite, sans succès, puis est évacué pour « prostatite chronique et faiblesse générale ». M. le médecin-major ESCAT trouve la prostate et les voies urinaires de ce malade normales et l'envoie dans le service du secteur.

L'examen des selles fait découvrir des amibes dysentériques à la phase tetragena, des kystes de ces amibes, des kystes de l'Amœba Coli. Le traitement (Emétine et Arrhénal) fait disparaître les parasites. La défécation et la miction redeviennent normales ; il persiste de l'anémie, de la faiblesse générale, et R... est proposé pour un long congé de convalescence.

Forme Pseudo-Tuberculeuse

OBSERVATION XVIII

(In *Thèse* de CHARPIN, Paris 1919)

Gr..., 24 ans. — Originaire de Fuveau (Bouches-du-Rhône) n'a jamais été sur aucun front. Ajourné, puis réformé temporaire, puis service auxiliaire, tombe malade dans la Drôme. Est hospitalisé d'abord pour « courbature fébrile et anémie ». Mais la fièvre persiste, à grandes oscillations, avec des fièvres vespérales de 39°, 40° ; l'état général devient de plus en plus mauvais ; on croit à une bacillose évolutive. Les crachats sont examinés, ils ne contiennent pas de bacille de Koch. En raison de

douleurs abdominales d'une certaine sensation d'empâtement à la palpation des flancs, on se rejette sur le diagnostic de péritonite tuberculeuse. De cette façon, le pronostic paraît désespéré. Le malade a été administré plusieurs fois quand M. Ravaut est appelé à l'examiner.

Gr... arrive dans le service le 21 Mars. T : 38° le soir.

On trouve dans les selles des kystes dysentériques, des kystes de l'Amœba coli et de Flagellés. Traitement par le cacodylate de soude, puis par l'Emétine, puis par voie buccale. Le malade est transformé : en 2 mois il gagne 10 k. 500. Il n'y a plus de kystes amibiens dans les selles. Gr... est envoyé dans un hôpital auxiliaire pour achever sa guérison.

En Août, une légère rechute se poduit, le malade revient dans le service. Il se plaint d'une anorexie complète, d'une constipation opiniâtre. On ne trouve dans les selles aucun élément amibien. Après 2 mois de traitement, l'examen des selles est toujours négatif, les fonctions digestives sont redevenues tout à fait normales, l'état général est bien meilleur, le malade demande à reprendre du service. Gr... part en convalescence le 24 Octobre.

Forme Pseudo-Néoplasique

OBSERVATION XIX

(Professeur agrégé Jean Baumel. — *Maroc Médical* Avril 1936)

M. Loub. Aug. 48 ans, capitaine au long cours, a fait la guerre à Salonique, commande le port de Dakar. Vu en Mai 1930.

Première rectoscopie : difficile. Le tube pénètre à peine jusqu'à 15 cm. de l'anus. Il est impossible de pousser plus avant. Ulcérations nombreuses presque confluentes et en moyenne de la grosseur d'une pièce de 50 centimes. Ces ulcérations sont sanieuses, saignent au moindre contact.

La muqueuse est cartonnée, adhérente aux plans sous-jacents.

Au niveau du 15° centimètre, proliférations en chou-fleur qui ne gênent pas la progression du tube, mais celui-ci est arrêté dans sa progression par des spasmes violents.

Une biopsie pratiquée montre que la partie enlevée présente de la rectite hypertrophique et hyperplasique sans dégénérescence néoplasique.

Examen des selles : kystes tétragènes nombreux, quelques amibes vivantes.

Deuxième rectoscopie : janvier 1931, après 6 mois de traitement anti-amibien. Le tube progresse jusqu'à 22 cm.

La muqueuse est rouge, congestionnée, tapissée de nombreuses glaires.

On pénètre difficilement dans l'anse sigmoïde. Les parois recto-sigmoïdiennes sont fortement indurées et cartonnées mais moins qu'au cours de la première rectoscopie. On progresse de 4 ou 5 cm. dans le segment sigmoïdien. On se heurte à un spasme d'une violence telle qu'on ne peut aller plus avant.

Sur tout le trajet parcouru, il n'y a ni ulcérations, ni proliférations en chou-fleur. La muqueuse très fragile, saigne abondamment au moindre contact.

Un cathétérisme rétrograde fait simplement noter l'existence d'un spasme très marqué du sphincter anal qui chasse violemment le rectoscope.

Troisième rectoscopie : décembre 1932. Après un nouveau séjour aux colonies (Dakar) où un traitement anti-amibien a été méthodiquement suivi pendant cette période, le tube rectoscopique pénètre facilement jusqu'à 35 cm. de l'anus.

Sur tout ce trajet, la muqueuse est normale. Il existe seulement deux petits polypes qui se détachent parfaitement sur une muqueuse saine. Ils sont chacun de la grosseur d'un pois et se trouvent au niveau de la charnière recto-sigmoïdienne.

La muqueuse ne saigne ni à l'aller ni au retour du rectoscope. Les parois ont une souplesse à peu près normale. Les réactions hypertrophiques en chou-fleur ont disparu.

Entre temps, amélioration de l'état général. Le poids passe de 48 à 56,7. Malheureusement, en Mars 1933, apparition d'un néoplasme du maxillaire inférieur, mort en octobre de la même année.

OBSERVATION XX

(Professeur agrégé Jean BAUMEL. — *Maroc Médical* Avril 1936)

Père Aub... 60 ans, a vécu pendant 30 ans de sa vie en Egypte et en Palestine. A eu la dysenterie il y a 30 ans.

Première rectoscopie. — Septembre 1932. Le tube pénètre difficilement à travers le sphincter anal dans la cavité rectale où on le fait progresser jusqu'à 20 cm. de l'anus.

Les parois recto-sigmoïdiennes sont très cartonnées. Il y a des spasmes très violents. La progression du tube est de plus en plus gênée. Arrivé à 20 cm. il n'est pas possible de le pousser plus avant. La muqueuse est sanieuse, dans l'intestin écoulement abondant sanguino-purrulent.

Examen des selles : kystes tétragènes et amibes.

Deuxième rectoscopie. — Novembre 1932. Le tube peut pénétrer jusqu'à 25 cm. Les parois recto-sigmoïdiennes saignent abondamment au passage de ce dernier. La muqueuse, la sous-muqueuse sont adhérentes aux plans sous-jacents. Au bout de course proliférations en chou-fleur très importantes.

Une biopsie pratiquée montre qu'il s'agit de rectite hypertrophique avec hyperplasie sans dégénérescence néoplasique.

Troisième rectoscopie. — Mars 1933. Le tube peut pénétrer jusqu'à 35 cm. Muqueuse recto-sigmoïdienne normale. Parois souples. Disparition totale des proliférations et des ulcérations.

Malade revu en 1936 en parfait état. Poids initial 59 kilogs, poids actuel 84 et cependant en plus de l'amibiase intestinale chronique, le Père A... avait une *hépatite amibienne* sans abcès mais avec foie descendant jusqu'aux crêtes iliaques. Le foie est lui aussi redevenu normal. Il ne déborde pas le rebord des côtes.

OBSERVATION XXI

(E. Speder, *Maroc-Médical*, 15 Août 1931)
In *Thèse* d'O Vaca Diez, Paris 1934

Un malade avait souffert d'une constipation intermittente, depuis des années et qui a motivé il y a 6 ans un petit traitement à Châtel-Guyon et à Vichy, prescrit par un des plus grands maîtres de la science médicale et uniquement parce que le radiologiste marocain avait attiré l'attention sur les constatations faisant penser à l'amibiase chronique. Ce grand personnage, âgé, présenta un jour des phénomènes de sub-occlusion intestinale qui cèdent d'abord à un traitement médical. Puis une occlusion typique s'installa. Consultation de médecins et de chirurgiens. On trouve dans l'hypocondre droit et dans la fosse iliaque droite une tumeur bosselée avec des zones mates et sonores (c'est un cancer de l'intestin, croit-on). Si les troubles d'occlusion ne cessent pas, il sera nécessaire de faire un anus artificiel qui précédera une cœco-sigmoïdectomie qui ne tente aucun chirurgien à cause du grand âge du malade, de son état, et de la nature diagnostiquée de l'obstacle.

Le malade et la famille hésitent aussi. Mais déjà on a désigné officieusement son successeur, car il occupe une fonction très importante.

Grâce au traitement médical de l'occlusion, une petite débâcle se produit : le malade se croyant un peu mieux se fait transporter chez son radiologiste qui croit tout d'abord avoir devant lui un néoplasique cachectique à qui, seule une force de volonté remarquable, a pu donner le courage de se déplacer. Les séances d'examen radiologique s'échelonnent sur 4 ou 5 jours. L'étude par lavement opaque d'abord, puis par la prise de sels opaques par voie buccale, montre qu'il n'existe pas de sténose organique ; pas de signes de cancer, mais une colite spasmodique extrêmement prononcée de la partie supérieure du côlon ascendant, avec distension du cœcum et du côlon ascendant par les gaz et les matières (10 jours après l'examen il subsistait encore de la gélobarine). D'autres points de rétrécissement spasmodique s'observent à la partie gauche du côlon transverse et à la partie supérieure du côlon descendant. Ces constatations, renforcées par l'examen pratiqué 4 ou 5 ans plus tôt, amènent le radiologiste à insister auprès du médecin traitant pour que sous sa responsabilité propre, et malgré l'absence de toute donnée microscopique, soit institué un traitement sérieux par l'émétine et l'arsenic, le radiologiste affirmant qu'il n'y a pas de rétrécissement organique amibien ou néoplasique du côlon. Après 4 jours

d'émétine, le malade allait mieux, une débâcle importante se produisait actuellement, sans autre accident nouveau. Le malade vit toujours, il a plus de 80 ans ; depuis 4 ans il a retrouvé une activité tout à fait normale.

Forme hémorragique. (intestinale et pulmonaire)

OBSERVATION XXII

(E. Speder, *Maroc-Médical*, 15 Août 1931)

In *Thèse* d'O Vaca Diez, Paris 1934

Un jeune confrère a depuis trois ans des hémorragies rectales qu'il attribua d'abord à des hémorroïdes. Au début, l'émission de sang a lieu après les selles. Ensuite il y a une émission de sang pur en dehors de toute défécation. Il s'anémie et malgré son énergie féroce, il a l'impression qu'il va faillir à la tâche qu'il s'est fixée et devra abandonner une carrière qui s'annonce brillante. Il essaye de se remonter avec une nourriture abondante, les hémorragies ne cessent pas. Il est de plus en plus asthénique. Il se met à un régime strict. Rien n'est modifié, et pourtant ses selles sont normales, souvent moulées, rarement molles. Entre temps apparaissent des hémoptysies importantes qui lui font craindre une tuberculose pulmonaire et, établissant un rapport entre ses hémoptysies et ses hémorragies rectales, il s'imagine avoir débuté par une tuberculose intestinale et faire ensuite de la bacillose pulmonaire : n'a t-il-pas eu dans sa jeunesse une bronchite ? Ce qui le renforce dans cette idée, c'est qu'il a assez souvent un peu de fièvre et que son abdomen est devenu douloureux : sensation de barre et points aigus douloureux du côté droit du ventre. Il pense à un ulcère duodénal d'autant plus qu'il a eu des crises dont une a duré quinze jours. Ayant d'abord dissimulé à ses amis et même à sa famille l'importance de la répétition de ses hémorragies, il accepte, sur l'instance d'un de ses confrères, de se laisser radiographier au point de vue pulmonaire et également au point de vue intestinal.

Du côté du poumon : on trouve des ombres un peu anormales diffuses, mouchetant le côté gauche du poumon, mais n'ayant aucun des caractères que l'on trouve d'ordinaire dans les cas de bacillose.

Au point de vue du tube digestif : colite spasmodique, nette. Le radiologiste trouvant l'aspect qu'il a l'habitude d'observer dans des cas d'amibiase chronique avérée, conseille de faire faire un examen des selles, qui, répété fut toujours négatif. Le confrère, hésite à se traiter par l'émétine, d'autant que sa tension artérielle est très basse et qu'il n'a présenté aucun signe d'amibiase intestinale, négligeant 2 ou 3 courtes crises d'entérite à Tadla, en 1918, c'est-à-dire il y a 7 ans. Enfin ne trouvant aucun soulagement après ces différentes thérapeutiques, qu'il avait essayées, il se décide en dernier ressort à tenter un traitement émétino-arsenical : triomphe très rapide, les hémorragies pulmonaires cessent presque immédiatement et ne se reproduisent plus ; les hémorragies intestinales diminuent, puis elles disparaissent. Les douleurs abdominales ne se reproduisent plus, bref, notre malade est complètement changé.

Trois ou quatre mois plus tard, le malade ne s'étant soumis qu'à une seule période de traitement, des nouvelles hémorragies réapparaissent précédées d'un état d'asthénie et d'irritabilité qui, dans la suite, furent pour lui des signes prémonitoires certains d'une hémorragie ou d'une crise intestinale prochaine. Une nouvelle série d'injections détermine plus ou moins vite l'amélioration constatée lors de la première expérience. Depuis cinq ans, chaque fois que le confrère se sent un peu fatigué et qu'il voit apparaître un peu de sang dans ses selles, il se soumet à nouveau à une cure qui, *constamment* a eu pour effet de lui rendre son activité, de le mettre rapidement en état de mieux être, et, après quelques jours de fatigue, de relever sa pression; enfin, de faire disparaître pendant des semaines toutes les hémorragies. La foi de ce confrère en l'utilité de l'examen radiologique pour dépister l'amibiase chronique ne saurait être ébranlée par aucune opposition théorique.

Un cas d'amibiase intestinale associée à la lambliase et à la trichomonase résistant aux médications classiques traitement par le stovarsol.

OBSERVATION XXIII

(Ch. Garin. — *Société médicale des Hôpitaux de Lyon*, Séance du 27 Juillet 1924. — Cf : *Lyon-Médical*, N° 30 27 Juillet 1924, p. 117)

Les succès thérapeutiques dus au Stovarsol dans l'Amibiase sont déjà nombreux ; cependant ces guérisons ne sont pas toujours durables. Voici une observation assez caractéristique.

Mme L..., 30 ans, institutrice, d'une bonne santé habituelle, sans antécédents héréditaires ou personnels notables, contracte en Indo-Chine la dysenterie amibienne en septembre 1919.

Elle a quinze à dix-huit selles par jour, on lui fait de l'émétine et elle guérit en un mois.

Puis, elle vient en France, reste dix-huit mois bien portante et retourne en Indo-Chine en avril 1921, et va bien jusqu'en juillet 1922. A cette date, rechute, émétine à plusieurs reprises, peu d'amélioration. Elle prend du kho-sam, du simarouba, mais pas de novarséno.

Et son amibiase évolutive dura ainsi pendant près d'un an, jusqu'en juin 1923 où elle arrive de nouveau en France. Là, elle voit un médecin qui lui fait timidement 0,02 centigrammes d'émétine, sans résultat.

Je la vois le 22 juillet 1923, envoyée par le Dr. Cade, elle est très amaigrie, anémiée, elle a quatorze selles muco-sanglantes par jour. Les selles fourmillent *d'Amibes*, de *Lamblias* et de *Trichomonas*.

Je lui fais 1 gr. 20 d'émétine en un mois et jusqu'à 0 gr. 16 par jour, en deux injections, associée au novarsénobenzol en injections intra-veineuses.

Le 8 septembe, la malade sort de la clinique guérie, elle a pris deux kilos, elle n'a qu'une ou deux selles par jour, mais il y a encore des amibes et des kystes de lamblias et de trichomonas dans ses matières.

Elle va à la campagne, y séjourne jusqu'au 21 octobre et reprend encore six kilos.

Mais le 21 Octobre, rechute. Elle revient à Lyon. Alors l'émétine, même à fortes doses, ne donne rien, ni le novarsénobenzol intraveineux, ni le kho-sam, ni le simarouba.

Malgré ces médications simultanées ou successives, malgré un ou deux lavements quotidiens de collargol jusqu'au 5 décembre, la malade perd cinq kilos, et a de sept à douze selles par jour.

Je lui donne, le 5 décembre et les dix jours suivants, deux comprimés de Stovarsol de 0,25 centigrammes par jour, un le matin et un le soir, délités dans un peu d'eau sucrée : le 5 décembre dix-huit selles ; le 6, douze selles ; le 7, cinq selles, le 8 deux selles et plus de sang.

Le 18 décembre, l'examen des matières ne montre plus d'amibes ni de *lamblias*, ni de *trichomonas*.

Le 3 janvier, la malade, qui a quitté la clinique le 20 décembre, m'écrit qu'elle va bien et qu'elle n'a plus que deux selles par jour.

Elle continue à prendre un comprimé de Stovarsol tous les deux jours par précaution.

Cette malade pouvait être considérée comme guérie et je me proposais

de publier son observation comme telle. Mais je viens de recevoir d'elle une lettre du 15 janvier. Malgré la prise de Stovarsol tous les deux jours, elle a eu une rechute. Le sang a réapparu dans les selles, qui sont au nombre de six ou sept par jour. Spontanément, la malade a augmenté ses doses de Stovarsol, elle en prend chaque jour deux comprimés depuis le 6 janvier et cependant le nombre des selles reste de sept à huit par jour jusqu'au 14 Janvier.

Cette observation établit donc que sans doute le Stovarsol agit merveilleusement dans certains cas où l'action de l'émétine est épuisée, mais cette action peut n'être pas durable et il y a des amibiases arséno-résistantes.

Manifestations extra-intestinales de l'Amibiase chronique

OBSERVATIONS XXIV et XXV

(Professeur agrégé Jean BAUMEL. — *Maroc Médical* Avril 1936)

Au sujet des manifestations extra-intestinales de l'amibiase chronique deux faits m'ont particulièrement frappé :

Le premier a trait à un homme de 42 ans détenteur d'un gros portefeuille d'assurance, venu me trouver en 1930 pour des troubles digestifs relativement peu marqués et caractérisés par l'émission de selles légèrement glaireuses avec petites alternatives de diarrhée et de constipation. Il accusait en outre une asthénie physique et intellectuelle à peu près totale et des sensations d'angoisse précordiale très pénibles. Amaigrissement de 10 kilogs.

Guerre en Orient pendant 27 mois, pas de souvenance d'avoir eu la dysenterie.

Examen clinique : négatif en dehors de la présence d'une corde colique gauche.

L'examen radiographique ne montre aucune lésion de l'aorte. Il y a seulement une colite spasmodique marquée au niveau du sigmoïde.

Le *B. W* est négatif, *l'Azotémie* normale.

L'examen rectoscopique permet de voir une muqueuse granitée avec quelques ulcérations, les parois recto-sigmoïdiennes sont très spasmées

Examen des selles : présence de kystes tétragènes.

Un traitement anti-amibien amène une guérison complète, aujourd'hui encore nettement maintenue par un petit traitement d'entretien (STOVARSOL).

Le deuxième cas concerne un homme de 36 ans qui occupe actuellement une situation importante. Il vient consulter en désespoir de cause. Il a eu une dysenterie amibienne très grave à Salonique. Cet épisode aigu a été traité et guéri par l'émétine, aucun autre traitement n'a été pratiqué.

Je le vois pour la première fois en 1930, douze ou treize ans après son infestation amibienne. Celle-ci paraissait bien être guérie. Il se plaignait de quelques douleurs gastriques et aussi de l'émission de nombreux gaz intestinaux fétides. Il attirait surtout l'attention sur des troubles cérébraux très marqués survenus peu à peu avec aboulie et asthénie physique accompagnées de sensations vertigineuses incessantes et fort désagréables.

L'examen clinique, l'examen radiologique, l'examen des selles sont négatifs. Seule, la rectoscopie montre une muqueuse très enflammée, très vascularisée, maroquinée mais sans ulcérations.

Un traitement méthodique par les arsenobenzènes pentavalents met un terme à tous les malaises signalés bien du côté physique que du côté intellectuel.

OBSERVATION XXVI

(E. SPEDER, *Maroc-Médical*, 15 Août 1931)

In *Thèse* D'O VACA DIEZ, Paris 1934

Un homme robuste d'apparence, jeune et dans la force de l'âge, vient nous trouver parce que, depuis plusieurs mois, son activité s'est ralentie; il a de moins en moins le goût de l'effort. Le travail, qui était sa joie, lui cause de la lassitude et du dégoût. Il se fatigue rapidement, et il passerait volontiers des heures isolé, inoccupé et rêveur.

Il a souvent des vertiges, des tendances syncopales, des maux de tête, des malaises subits et une inappétence sexuelle qui l'inquiète. Dissimulant cet état aux siens il devient irritable, il croit à une déchéance précoce, aucun trouble n'ayant de fixité, aucun n'ayant une importance qui mérite de fixer l'attention. Il craint d'être atteint d'artério-sclérose ; il a fait prendre sa tension artérielle; elle était basse. On lui a donné de la strychnine sans résultats, puis des médications contre la vago et la sympathicotonie, de l'adrénaline. Il n'y a pas de troubles digestifs : l'appétit très variable est excellent pendant quelques jours, puis l'inappétence est sans cause. Les selles sont normales, dit-il. On demande des précisions: une ou deux selles le matin, en faisant sa toilette ; souvent une après chaque repas. Si l'on pousse l'interrogatoire, on apprend que les selles ne sont jamais moulées, qu'il y a parfois des fausses défécations : l'attention du malade n'ayant jamais été attirée par ses selles, il ne peut les décrire, ni spécifier s'il a eu des émissions de glaires.

L'examen radiologique est pratiquée : c'est la colite spasmodique. On donne de l'émétine, de l'arsenic. La guérison survient.

Perforation du Sigmoïde par des ulcérations amibiennes

OBSERVATION XXVII

(Hôpital de Fez. — Service du Docteur Grouzelle

In *Thèse* d'O Vaca Diez, Paris 1934)

Le 15 janvier 1931, la malade qui paraît âgé de 35 ans environ, vient d'entrer à l'hôpital avec le diagnostic de *péritonite généralisée* d'origine inconnue. Cet homme de Fez, vomit depuis deux jours. Actuellement, sa température est de 40°; le pouls bat à 160. L'examen montre un ventre de bois extrêmement douloureux, mais sans météorisme important. L'hésitation n'est pas possible, on décide une intervention immédiate qui est pratiquée avec l'aide de M. O. Vaca Diez.

Opération .. ..
... .
....

.....

.....

.....

.....

.....

..... Le malade meurt le lendemain vers midi, soit 24 h. après l'opération.

Devant la mort imminente une biopsie a été faite dans la matinée sur l'anse extériorisée au niveau de l'ulcération la plus haute. Le Docteur Elve Sainte-Marie en a fait un examen histologique dont voici le compte-rendu.

Examen histologique. — Les coupes portent sur l'ulcération et ses bords. C'est très brusquement que la transition se fait entre la muqueuse saine et la zone ulcérée ; les glandes sont normales jusqu'au voisinage immédiat de la lésion. Puis le stroma interglandulaire s'infiltre d'éléments blancs, qui disparaissent pour faire place à un magma fibro-leucocytaire représentant la surface de l'ulcération. Au-dessous de la muqueuse, la muscularis mucosae est intacte jusqu'à la zone ulcérée.

Le fond de l'ulcération est formé de débris cellulaires et d'éléments infiltrés, cette infiltration forme une nappe au centre, sur les bords, elle s'insinue entre les éléments de la sous-muqueuse et de la musculeuse, formant des clapiers ; des micro-abcès qui atteignent même en un point la séreuse, formant un véritable *abcès en bouton de chemise.* Ces abcès sont constitués par des leucocytes polynucléaires plus ou moins pycnotiques, des hématies ; il y a un nombre important d'éléments éosinophiles. Au milieu de ce magma, on remarque la présence d'assez nombreux éléments arrondis, de 40 μ de diamètre environ, à noyau représentant un *Karyosome* très net, à protoplasma réticulaire présentant de nombreuses vacuoles où l'on remarque souvent des débris d'hématies, ce sont indiscutablement des *amibes.* On en trouve sur les bords de l'ulcération et à distance d'elle s'insinuant entre les éléments tissulaires et formant par endroit entre les fibres musculaires de véritables nids amibiens ; à noter dans le tissu même, à distance de l'ulcération, une notable infiltration éosinophilique.

En somme il s'agit d'une *sigmoïdite perforante amibienne.*

Sténose intestinale

OBSERVATION XXVIII

(Professeur agrégé Jean BAUMEL. — *Maroc-Médical* Avril 1936)

Cast... Marius 30 ans. — A fait son service militaire au Maroc et a eu la dysenterie amibienne en 1926. Traité, guéri, rentré en France son service terminé.

1ère *Rectoscopie*. Mai 1934. Muqueuse rouge, congestionnée, avec érosions superficielles en coups d'ongle, fragilité de la muqueuse qui saigne facilement au contact du tube.

Le rectum étant plein de l'eau du lavement mal rendu, on ne pénètre pas plus avant.

Un cathétérisme rétrograde ne permet pas de faire d'autres constatations.

Examen des selles. — ni kystes, ni parasites. Des examens antérieurs faits au Maroc ont montré des Amibes Dysentériques.

2ème *Rectoscopie*. — Janvier 1936. Le tube rectoscopique pénètre facilement à travers le sphincter anal dans la cavité rectale. On le fait progresser sous le contrôle de la vue jusqu'à 10 cm. Sur tout ce trajet la muqueuse est friable, nombreuses érosions en coups d'ongle.

Impossible de pousser le rectoscope plus avant.. Existence au 10° cm. d'un *rétrécissement* très serré, médian, dont l'orifice est à peine de la dimension d'une grosse tête d'épingle.

Un cathétérisme rétrograde ne permet pas de faire d'autres constatations.

Examen des selles : ni kystes, ni parasites.

Entre la 1ère et la 2ème rectoscopie en Avril 1935 *occlusion intestinale*, opérée d'urgence, anus iliaque gauche permanent. Le chirurgien ne s'est pas rendu compte de l'origine amibienne de cette occlusion.

Deuxième Groupe

L'action du Stovarsol ou "Composé 190" dans la Dysenterie amibienne

OBSERVATION XXIX

(P. Delanoe, de l'Institut Pasteur, *Maroc-Médical* ,N° 17 15 Mai 1923, p. 150)

La communication de M. Marchoux, faite à la séance du 14 février à la Société de Pathologie exotique est intitulée : « Le Stovarsol guérit rapidement la dysenterie amibienne ». On ne saurait être plus affirmatif.

Je viens moi-même de remporter un plein succès dans ma clientèle. Il s'agit d'un dysentérique que je consultai pour la première fois il y a quatre ans. Ce malade après avoir subi, sans en avoir tiré bénéfice, de nombreuses piqûres d'émétine, vint me trouver. Je le soumis à une cure d'iodure double de bismuth et d'émétine intriquée avec un traitement au Narsénol. Cette cure fit merveille et améliora tellement le malade qu'il se crut guéri. Mais des rechutes ne tardèrent pas à apparaître et cette fois le « Protéryl » agit beaucoup moins efficacement qu'au début. C'est alors que, sur mes conseils, le malade alla à Paris consulter M. Ravaut. L'éminent praticien formula un traitement de longue haleine dont la base était faite de la pâte composée de charbon, de sous-nitrate de bismuth et d'ipéca (pâte de Ravaut) et de Novarsénobenzol en comprimés (Narsénol). Le malade retira grand profit du traitement de Ravaut. Cependant, bien que le traitement fut suivi à la lettre, il n'avait pas moins de 3 à 4 selles par jour, selles non moulées qui, au moment de l'expulsion, amenaient de douleurs très nettement ressenties. Le malade n'engraissait pas et son peu d'embonpoint était tel qu'il en prit peur. C'est alors que j'intervins à nouveau et que j'administrai le Stovarsol.

Dès le 2ème jour du traitement, le malade n'eut plus qu'une selle moulée dont l'expulsion se faisait sans douleur. En une semaine, il augmentait de 2 k. 200. Depuis, l'état général n'a fait que s'améliorer et je ne doute pas que mon malade ne finisse par se guérir définitivement.

Un cas de Dysenterie amibienne grave traité par le Stovarsol

OBSERVATION XXX

(DELANOË. — *Bulletin de la Société de Pathologie Exotique* n° 2. — Séance du 13 Février 1924, p. 119)

L'observation que nous donnons ci-dessous est due à l'obligeance de M. le Médecin-Major CHAULIAC qui durant l'année 1923 fit un intérim de quelques mois comme chef de Service chirurgical à l'Hôpital régional de Mazagan. Cette observation est intéressante car le Stovarsol fut administré non au début mais à la fin d'une attaque dysentérique grave, chez une malade dont l'état général était plus que précaire et chez laquelle, tant l'adynamie était grande, l'émétine ne pouvait plus être continuée sans danger. Non seulement le Stovarsol guérit rapidement le syndrome intestinal mais il activa le retour des forces.

Mme G... 33 ans. Sans antécédents héréditaires notables. Personnellement la malade a eu en 1922 une métrite consécutive à une fausse couche (curetage, abcès de fixation). En juin 1922, dysenterie amibienne soignée à l'émétine et apparemment guérie.

La malade a, depuis ces deux infections rapprochées, conservé un état général précaire, anémie, décoloration, amaigrisement. Il est vrai que pendant ce temps l'hygiène alimentaire laissait à désirer.

Avril 1923. — Je vois pour la première fois la malade ; métrite chronique. Anémie générale très marquée. Rien aux poumons. Bruits du cœur faibles. Pouls sans tension et rapide. Phosphaturie ; pas d'albuminurie. Anse sigmoïde épaissie, sensible.

Le 2 Mai 1923. — Récidive de dysenterie amibienne : 25 selles dans 24 heures.

Pas de fièvre, douleurs dans les deux fosses iliaques.

Température 36°8.

On administre : sulfate de soude 30 g. Injection sous-cutanée d'émétine : 0,04 ; Solution d'adrénaline à :1/1000° XX Gouttes Régime : bouillon de légumes.

Le 3 Mai. — Sulfate de soude : 5 gr. Emétine 0,04. Adrénaline XX gouttes.

Etat général mauvais. Sensation d'affaissement. Selles : 15. Le côlon descendant (et plus spécialement l'anse sigmoïde) douloureux et très nettement épaissi. La paroi roule sous le doigt dans la fosse iliaque gauche. Epigastre sensible.

Température 36°8 le soir. Pouls à 100, peu tendu.

Le 5 Mai. — Etat général adynamique. Ventre douloureux, épreintes et ténesmes fatiguent la malade tout à fait asthénique. Cœur normal, mais les bruits sont sourds. Tension artérielle. Selles : 17.

La malade a eu hier 0,02 d'émétine encore. Aujourd'hui adrénaline XX gouttes. Thé léger très sucré. Café sucré. Caféine. Glace sur le ventre.

Suppression de l'adrénaline, 6 pilules de Segond.

Température 36°4 et 36°8. Pouls à 128.

Le 6 Mai. — Les douleurs abdominales ont disparu sous l'influence de la glace. L'état général est mauvais. Pouls filant à 140. Selles : 15 en 24 heures.

En somme l'émétine n'a pas abaissé notablement le nombre des selles mais a eu un effet hypotenseur d'autant plus marqué, que l'état général de la malade était déjà précaire avant l'atteinte de sa dysenterie.

Traitement : Adrénaline, Sérum physiologique, Caféine et Spartéine Huile camphrée, 4 pilules Segond. Lavement au permanganate. Régime: jus de viande. Bouillon de légumes. Thé et Café. Limonade lactique. Champagne. Potion de Todd.

Le soir vers 22 heures, état syncopal inquiétant. Refroidissement des extrémités, crampes dans les mains, carphologie. Sensation de mort prochaine dont parle la malade. Pouls 144, filant, petit, sans tension Pupilles dilatées. Température 35°8.

Immédiatement : caféine, éther, adrénaline en injections sous-cutanées. Sinapisme aux jambes. Bottes ouatées des membres inférieurs jusqu'aux racines des cuisses. Suppression de la glace sur le ventre.

Le pouls redescend à 125, 130 mais mieux frappé. Toute la nuit est agitée. Le refroidissement général se maintient ; l'état paraît extrêmement grave. Jusqu'au matin on maintient du sérum glucosé sous-cutané, lentement écoulé.

Le 7 Mai. — A 8 h. 30 nous trouvons la malade un peu améliorée comme état général. Température 36°5. Pouls à 120 ; moral meilleur, mais les douleurs abdominales ont repris depuis la cessation de la glace, et il y a eu encore 12 selles depuis 24 heures.

Le même traitement général est maintenu avec jus de viande, bouillon de légumes. Thé et café. Potion de Todd et 4 pilules de Segond encore. Sérum glucosé : 150 gr.

Le 8 Mai. — Etat général encore précaire demandant continuellement des soins. Température 36°5. Pouls 120. Extrémités rechauffées et crampes disparues. Même traitement. Selles : 7.

Le 14 Mai. — Il y eut hier 3 selles. Depuis 24 heures 0 selle. Etat géné- 110. Température 36°8 et 37°. Le malade a une sensation d'anéantissement. On continuera l'adrénaline, spartéine, caféine, huile camphrée, sérum glucosé. Douleurs de la fosse iliaque droite. 11 selles.

Nous administrons alors, sur le conseil du Dr. Delanoë, pour la première fois un comprimé de Stovarsol. Suppression des lavements permanganatés. Rétablissement de la glace sur le ventre.

Le 12 Mai. — En 24 heures 6 selles. Suppression de la glace. Continuation d'un comprimé de Stovarsol.

Le 14 Mai. — Il y eut 3 selles. Depuis 24 heures 0 selle. Etat général précaire, mais pouls à 100. Température 37°2 et 36°8. En somme grosse amélioration. Alimentation : eau de riz, jus de viande, bouillon de légumes, une pomme de terre bouillie. Un comprimé de Stovarsol.

Le 15 Mai. — Selle 0. Aucune douleur. Malade plus gaie.

Le 16 Mai. — Selle 0. Un lavement glycériné ramène les matières à peine moulées. Même traitement. Même régime, plus nouilles à l'eau.

Le 17 Mai. — Suppression de tout traitement. Selle 0.

Le 20 Mai. — La malade a repris 2 autres lavements à cause de la constipation qui persiste. Il y a des matières rubanées. Plus aucune douleur. L'anse sigmoïde reste dure, à parois rigides épaissies et un peu douloureuses à la palpation.

La malade voit son état général remonter. Pouls 80. Température 36°8 et 37° Elle s'alimente avec plaisir, suivant, bien entendu, un régime sévère.

Le 4 Juillet. — Nous renvoyons la malade partant en convalescence en France bien guérie, engraissée. Elle n'accuse aucune douleur, mais le gros intestin est resté fragile, douloureux et épaissi à la palpation, elle a eu des rechutes passagères de diarrhée de temps à autre. Mais le régime institué et qu'on voulait long et sévère subit perpétuellement des anicroches.

L'action du Stovarsol paraît avoir été décisive dans ce cas d'Amibiase. Alors que l'Emétine n'amenait qu'une très faible amélioration intestinale et provoquait une crise grave d'hypotension et de myocardite aiguë, le Stovarsol permit la guérison de la dysenterie tout en ménageant l'état général, circulatoire et nerveux.

Il est à noter que la malade n'a pris en tout que 0 gr. 10 d'émétine et qu'il a fallu de suite, après 3 jours d'administration de ce médicament en arrêter l'emploi.

Succès remarquable de la médication par le Stovarsol au cours d'une Dysenterie amibienne datant de trente mois et rebelle aux autres thérapeutiques

OBSERVATION XXXI

(A. Cade et P. Ravaut. — *Société Médicale des Hôpitaux de Lyon.* — Séance du 22 Janvier 1924. Cf : *Lyon Médical,* n° 29, 20-7-1924, p. 93)

M... Marius, 26 ans, cordonnier, entre à l'Hôtel-Dieu, salle Saint-Bruno, le 14 décembre 1913, pour des symptômes de dysenterie.

Rien à signaler dans les antécédents héréditaires et collatéraux. Pas de maladies de l'enfance.

Pas d'habitudes éthyliques avouées (moins de deux litres de vin par jour).

Paludisme contracté en Orient, en 1916. N'a eu que de rares accès, dont le dernier date de 1920.

En 1920, *chancre syphilitique de la verge,* pour lequel on lui fit six injections de novarsénobenzol à doses croissantes et vingt-deux injec-

tions de cyanure de mercure. N'a jamais eu aucun accident cutanéo-muqueux depuis ce moment. Il reçut, d'ailleurs une nouvelle série de novarsénobenzol et une autre de cyanure de mercure avant son départ pour la Cochinchine.

C'est en 1921, au mois de juin, qu'il contracta, en Cochinchine, une *dysenterie* des plus typiques ; épreintes, ténesme, selles glaireuses et sanglantes au nombre de cinquante par jour environ. L'examen des selles montra alors la présence d'amibes dysentériques. On lui fit trois séries de douze injections d'émétine, ainsi que des lavements d'eau oxygénée. Mais on ne constata aucune amélioration. Il continua à souffrir et à avoir des selles fréquentes. En Décembre 1921, un examen des selles, pratiqué à Marseille, montre la présence d'amibes.

A ce moment, nouveau traitement émétinien pendant un mois, puis série d'injections de Novarsénobenzol. Aucune amélioration consécutive.

Quinze jours après, cinquième traitement émétinien auquel on adjoint des lavements à l'eau oxygénée et au nitrate d'argent. Un nouvel examen de selles, pratiqué à l'Hôpital de Bourges, montre encore l'existence d'amibes.

On pratique alors une sixième série d'injections d'émétine ainsi que trois séries d'injections de sulfarsénol. Après cette thérapeutique intensive, les amibes ne sont plus retrouvées dans les selles, mais les phénomènes dysentériques, les douleurs et les selles réitérées persistent sans modifications.

Au début de 1923, le malade reçoit encore une septième série d'injections d'émétine, ainsi que des lavements contenant de l'ipéca, puis du nitrate d'argent, puis de l'eau oxygénée. Il reçoit également un autovaccin préparé avec la culture de ses selles. Sa dysenterie ne s'est pas modifiée et une rectoscopie pratiquée en avril 1923, à l'hôpital Desgenettes, révèle la présence d'ulcérations rectales.

A l'entrée dans le service, on se trouve en présence d'un homme pâle, maigre, assez affaibli. Poids 50 kilos. Température 37°, 37°4. Il souffre dans la région des fosses iliaques. Il a du ténesme, des faux besoins et va à la selle quinze à vingt fois par jour. Ces selles sont peu abondantes, nettement glaireuses et sanguinolentes. De plus il se plaint de mal digérer et accuse un peu de dysurie.

L'abdomen est généralement douloureux, mais plus particulièrement au niveau des côlons ascendant et descendant qui donnent l'impression d'être en état de spasme.

Foie mou, un peu sensible, déborde un peu le rebord costal. Rate non perçue.

Au niveau de la région anale, rien à signaler. Le toucher rectal est extrêmement douloureux et mal supporté. Il ne donne aucun renseigne-

ment précis. On s'abstient, en raison de ces phénomènes douloureux, de pratiquer une rectoscopie.

L'examen du poumon, du coeur, et du système nerveux ne révèle rien de pathologique. Les urines ne contiennent ni sucre, ni albumine.

Examen microscopique des selles le 16 décembre 1923. (Laboratoire de parasitologie de la Faculté de Médecine, Dr L. Morenas). Présence de kystes amibiens (amœba dysenteriae) peu nombreux et décelables par les méthodes d'enrichissement. Pas d'autres parasites associés.

On soumet alors le malade à un traitement émétinien intensif : du 19 décembre au 26 décembre, il reçoit chaque jour 0,08 centigrammes de chlorhydrate d'émétine (en deux fois), soit en tout 0,64 centigrammes. En même temps il est mis au repos et prend des lavements contenant du dermatol et du laudanum, afin de calmer les phénomènes douloureux.

A la fin de ce traitement, aucune amélioration ne s'est manifestée : le nombre de selles, qui était de quatorze le premier jour, reste à douze le dernier jour du traitement.

On fait prendre alors au malade, à partir du 28 décembre, seize comprimés de « Stovarsol » à raison de deux par jour. On assiste alors à une amélioration remarquablement rapide des symptômes. Au bout de deux à trois jours de ce traitement, les douleurs et les faux besoins s'atténuent et disparaissent. Le nombre des selles tombe de douze (le 28 décembre) à sept (le 30 décmbre) à quatre (le 31 décembre) à une (le 1er janvier). Ce jour là, et pour la première fois depuis le début de sa maladie, le malade rend une selle moulée absolument normale. Les jours suivants, les gardes-robes sont au nombre d'une ou deux par jour.

La réaction de Weber y est négative. Elles sont pâteuses, étalées, mais ne présentent plus aucun caractère des selles dysentériques.

Un nouvel examen des selles (Dr. Léon Morénas) pratiqué le 4 janvier 1924 montra la disparition complètes des amibes et surtout des kystes même après centrifugation.

Le ventre n'est actuellement plus douloureux, les épreintes et le ténesme ont disparu. Le malade quitte le service, promettant d'ailleurs d'y revenir pour suivre à nouveau une cure par le Stovarsol.

A noter que cette thérapeutique a été très bien supportée: le 7 janvier, le malade ne présentait pas trace d'albumine dans les urines.

En somme, il s'agissait d'une dysenterie amibienne contractée aux colonies, datant de quatre ans environ et absolument rebelle à tous les traitements de l'amibiase. L'émétine fut employée à huit reprises différentes ; nous-mêmes avons constaté l'inefficacité complète d'une série de

seize injections de 0,04 centigrammes. Un traitement novarsénobenzolique et trois séries de sulfarsénol n'avaient amené aucune amélioration des symptômes, non plus que des lavements variés (à l'ipéca, à l'eau oxygénée, au nitrate d'argent) et que l'autovaccinothérapie.

Par contre; nous avons employé, avec un plein succès, les comprimés de « Stovarsol » ingérés par voie buccale à raison de deux par jour, pendant huit jours, soit 0 gr. 50 « pro die ».

La diminution rapide du nombre des selles, leur retour à l'aspect normal, la disparition des amibes et des kystes amibiens sont la preuve évidente de l'efficacité de ce produit dans le traitement de dysenteries particulièrement rebelles aux autres thérapeutiques. Cependant, il n'est pas permis d'affirmer, par ce seul résultat, la stérilisation complète du malade et il est certain que celui-ci devra suivre ultérieurement de nouvelles cures de « Stovarsol » afin de consolider sa guérison définitive.

Guérison rapide d'un abcès du foie ouvert dans les bronches par l'association d'émétine et de Stovarsol

OBSERVATION XXXII

(P. Fontanel. — *Société Médicale des Hôpitaux de Lyon*, Séance du 3 Juillet 1924)

L'association du Stovarsol et de l'émétine a donné dans un cas d'abcès amibien du foie ouvert dans les bronches, un résultat remarquable et rapide.

H. L., ancien soldat au 5e Colonial libéré depuis Octobre 1923, après 25 ans de service, entre le 18 Février 1924 dans mon service, en vertu de l'article 64 de la Loi des Pensions.

Il contracte la dysenterie au Maroc en 1913, et il est traité par l'émétine dès les premiers symptômes, puis encore plus tard à l'occasion de nombreuses rechutes.

En Octobre 1923, il séjourne dans mon service, se plaignant de douleurs dans l'hypochondre droit, traité d'abord par l'émétine, puis par le Stovarsol, après une amélioration manifeste, pressé d'être libéré, il ne veut pas prolonger son séjour à l'Hôpital.

Dès Novembre 1923, il recommence à souffrir dans le côté droit, et à à la fin du même mois, une vomique survient. Depuis lors, le malade expectore tous les jours 250 à 300 cc. d'un liquide épais, plus rouge que brun.

Du 18 février, date de son arrivée à l'Hôpital, dans un état de cachexie marquée, au 18 Mars, le malade est soumis à un traitement comportant des séries alternées de Stovarsol (0 gr. 25) et d'émétine (0,12 par jour en 3 injections), de 3 en 3 jours.

Le malade qui a repris 4 kilos du 9 au 18 Mars, retrouve sa mentalité instable en même temps que ses forces et demande, malgré nos objurgations, à quitter l'hôpital en nous promettant de revenir si cela ne va pas ; nous ne l'avons pas revu.

La radiographie pratiquée le 19 Mars — 1 mois après l'entrée — montre la transparence de tout le poumon, la libération du cul-de-sac costo-diaphragmatique, mais la coupole reste bridée par une adhérence répondant, sans doute, au point d'effondrement du diaphragme par le pus amibien.

Cette observation nous démontre :

1° La vertu curative du Stovarsol même dans l'amibiase hépatique, puisque dès le lendemain des premières doses, les amibes étaient immobiles dans le pus expectoré ;

2° L'innocuité de doses élevées d'émétine : 1ère série de 0 gr. 36 en 4 jours ; 2e série de 0 gr. 32 en 3 jours chez un sujet d'aspect cachectique;

3° La rapidité de la guérison par la cure combinée de Stovarsol et d'émétine.

Si l'on ne veut pas abandonner le merveilleux médicament qu'est l'émétine, il est excellent dans toute amibiase de l'associer au Stovarsol. L'association émétine-stovarsol paraît plus efficace que l'association émétine-novarsénobenzol par voie buccale ou intra-veineuse.

4° Dans l'abcès du foie ouvert dans les bronches, les premiers effets de la médication se traduisent par une élimination brusque et massive des tissus infiltrés par les amibes. Cette surabondance de l'expectoration n'est pas un mauvais indice : c'est grâce à elle que la guérison peut être rapide et qu'on peut l'espérer complète.

Caractères de l'Hypersensibilité au Stovarsol

OBSERVATIONS XXXIII-XXXVI

(Guido Izar. — *Paris-Médical*, n° 32, 8 Août 1925)

.....
.....
.....
.....
.....
.....

L'absence de toute donnée dans la littérature médicale sur des phénomènes toxiques consécutifs à l'emploi du Stovarsol, même à dose élevée (49 grammes en quatre mois), nous engage à publier quelques observations dans lesquelles des phénomènes toxiques plus ou moins graves ont succédé à l'ingestion du produit.

Il s'agit de quatre sujets observés dans une période de cinq mois (sur un total de 200 cas traités dans la même période avec des quantités égales de Stovarsol) qui, soit au début de la cure après un certain temps de traitement, soit à la reprise d'une nouvelle série, après un long intervalle, présentèrent des troubles plus ou moins graves, mais tels que la cessation de la cure a dû être conseillée.

Observation I. — L. G..., propriétaire, quarante-deux ans, de Paterno, (observation aimablement donnée par mon maître que je remercie vivement) : amibiase intestinale chronique.

Le 20 septembre, ingestion d'une pastille de Stovarsol le matin : douleurs abdominales et vertiges. Le 21 septembre, le malade prend une pastille de Stovarsol à six heures du matin. A neuf heures du matin, violentes douleurs abdominales qui durent jusqu'au soir, sueurs profuses, diarrhée, ténesme vésical et rectal,, vertiges qui contraignent le malade à garder le lit, tachycardie.

Observation II. — C. M.,, rentier âgé de cinquante-six ans, de Paterno : amibiase intestinale à poussées, en phase de reprise aiguë.

Après dix jours de cure par le Stovarsol, à la dose de deux pastilles par jour, le matin du onzième jour, le malade prend sa pastille habituelle. Quatre heures après, sensation de froid aux extrémités, asthénie profonde, tachycardie, vertiges, phénomènes de collapsus, suivis d'une réascension thermique à 38° qui cessa dans la nuit.

Le jour suivant, le malade n'ayant pas imputé au Stovarsol les évènements observés le jour précédent, absorbe à nouveau une pastille de 0 gr. 25. Trois heures après, réapparition des phénomènes déjà signalés avec une bien plus grande intensité : état grave, la température se produit lentement en une semaine environ.

Observation III.— C. G..., avocat, cinquante ans, de Piazza Armerina : amibiase intestinale chronique à forme diarrhéique.

Du 16 au 30 Avril, deux pastilles par jour de 0 gr. 25 de stovarsol chacune. Le dernier jour de la cure, frisson, cyanose des extrémités, puis fièvre. Après une série d'émétine, le matin du 25 Mai, on commence une nouvelle cure de Stovarsol avec une demi pastille. Dans l'après-midi frisson, sensation d'horripilation, cyanose des extrémités, pâleur du visage, douleurs diffuses puis somnolence, température 40°, tachycardie. La fièvre dura toute la nuit et la matinée du jour suivant, puis céda lentement, laissant le malade dans une profonde prostration.

Observation IV. — R. R. A..., rentier, quarante-cinq ans, de Catane : amibiase intestinale chronique avec péricolite adhésive.

La première période de cure avec vingt-huit pastilles de Stovarsol, à la dose d'une à deux pastilles par jour fut bien tolérée.

Après trente deux jours de repos, on commence une nouvelle cure avec deux pastilles le premier jour. Le matin du second jour on donne une pastille de Stovarsol : trois heures après, frisson intense, cyanose des extrémités, tachycardie, vertiges, collapsus, dans l'après-midi, fièvre à 38°. Le lendemain matin, apyrexie, asthénie profonde : dans l'après-midi, réascension thermique à 38° qui disparut la nuit.

Donc, exception faite pour un cas dans lequel prédominèrent les phénomènes gastro-intestinaux, tous les autres cas ont présenté une symptomatologie à peu près identique et non très différente de celle que l'on observe chez certains sujets après une injection intraveineuse de 606 (non de 914) et de celle que l'on observe chez certains sujets après des injections de cacodylate à haute dose, comme l'a clairement montré pour la première fois Sanfilippo dans notre Institut (1921), c'est-à-dire phénomènes toxiques avec prédominance des symptômes propres à l'intoxication par l'arsenic.

Les cas sont peu nombreux et observés à une certaine distance l'un de l'autre dans un groupe bien plus nombreux de malades traités sans incident.

Cela fait penser à une moindre tolérance individuelle ou à une sensibilisation dans certains cas plutôt qu'à un défaut de fabrication ou à une altération du produit. Des recherches ultérieures pourront mieux éclairer la question.